

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA  
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS DA ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA

AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DURANTE O  
PROCESSO DO ROLFING®

RAQUEL CUNTO MOTTA

CAMPINAS

2003

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA  
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS DA ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA

## AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DURANTE O PROCESSO DO ROLFING®

Este exemplar corresponde à redação final da dissertação de mestrado defendida por Raquel Cunto Motta e aprovada pela Comissão Julgadora em 02 de julho de 2003.

---

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Maria da Consolação G. Cunha F. Tavares

Dedico este trabalho à comunidade de rolfistas do Brasil, a fim de incentivá-la a tornar conhecida, no meio acadêmico, a solitária pesquisa diária do consultório.

Agradeço a meus pais, pela oportunidade da vida.  
Ao Maurício e Hanna, por tornarem minha vida tão interessante e preciosa.  
À prof<sup>a</sup>. Consolação, pela arte e sensibilidade da orientação, e também por me receber e me aceitar em minha singularidade.  
À Eunice Machado, por sua paciência e perspicácia em acompanhar o reconhecimento de meu processo.

## RESUMO

O Rolfing® é um método de integração da estrutura corporal humana. Sua abordagem é sistêmica, considerando os aspectos físico, emocional, mental e social do indivíduo. A Imagem Corporal também integra estes aspectos de forma similar. O objetivo deste trabalho é verificar a Imagem Corporal, antes e depois de dez sessões de Rolfing®, assim como durante esse processo. Um grupo de dez pessoas se submeteu a dez sessões de Rolfing®. Cada um dos voluntários foi avaliado antes da primeira, e depois da última sessão, tendo sido utilizados os seguintes instrumentos: Gráfico de Apreciação do Próprio Corpo (Penna,1990), Gráfico de Sintomas (Penna,1990), Teste "A Minha Imagem Corporal" (Rodrigues,1999. Adaptado por Lovo,2001), uma entrevista anotada pela pesquisadora, anotações feitas após as sessões e fotografias. Baseado nos dados obtidos, pudemos constatar que a imagem do corpo apresentou variações que sugerem estar relacionadas com a intervenção. Pudemos concluir que a intervenção do Rolfing®, da maneira como foi executada, facilita o autoconhecimento por meio de identificação das sensações corporais. Propicia também mudanças que abrangem o comportamento e a atitude psíquica do sujeito, assim como a relação entre as diversas partes de sua estrutura física.

## ABSTRACT

Rolfing® is a method of integration of the human body structure, with a systemic approach, considering the physical, emotional, mental and social aspects of the subject. The Body Image also integrates these aspects in a similar way. The goal of this work is to verify the Body Image before, during, and after Rolfing® process. A group of ten people submitted themselves to ten Rolfing® sessions. Each volunteer was evaluated before the first and after the last one. Having following instruments been used: Graph of Appreciation of one's body (Penna,1990), Graph of Symptoms (Penna,1990), My Body Image Test (Rodrigues, 1999. Adapted by Lovo,2001), an interview reported by a researcher, notes taken after the sessions and photographs. Based on collected data we verified that Body Image presented changes which might be related to the intervention. We concluded that the way Rolfing's intervention was made facilitate one's self knowledge through the identification of body sensations. It also brings changes that embrace the behavior and the psychic attitude of the subject, as well as the relation among the various parts of physical structure.

## SUMÁRIO

Resumo.....	ix
Abstract.....	xi
<u>1- INTRODUÇÃO.....</u>	<u>01</u>
<u>2- O ROLFING®</u>	
Histórico.....	06
Processo de formação do Rolfista.....	12
Princípios do Rolfing®.....	16
Contribuição do Rolfing® para a Anatomia.....	23
Rolfing® e Experiência Somática® .....	32
<u>3- A IMAGEM CORPORAL .....</u>	<u>45</u>
Contribuição da Fisiologia.....	46
Contribuição da Psicologia.....	56
Aspectos sociais.....	66
<u>4- METODOLOGIA.....</u>	<u>73</u>
<u>5- RESULTADOS.....</u>	<u>74</u>
<u>6- DISCUSSÃO.....</u>	<u>88</u>
<u>7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</u>	<u>105</u>
<u>8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</u>	<u>107</u>
Anexos.....	110

## 1 - Introdução

A maneira complexa como nossos organismos recebem e processam as informações do ambiente e respondem a elas, tem sido objeto de estudo de várias áreas do conhecimento. A imagem é o modo pelo qual qualquer objeto é processado em nosso cérebro, por meio de nossa percepção. Assim sendo, toda imagem encontra, no próprio processo de representação, o meio pelo qual se torna realidade para nós. Tanto um objeto inanimado quanto outro animado, existem através de representações mentais com significados particulares e singulares.

O corpo não foge à regra sobre a necessidade de ser desvelado, assim como qualquer outro objeto que, para se incorporar à nossa realidade, precisa ser vivenciado, para tornar-se conhecido. Esta vivência, porém, em se tratando de organismos humanos, se torna um tanto mais complexa, quando adicionada aos nossos diversos mecanismos internos, mais as relações que temos durante nossa vida. A Imagem Corporal é um mecanismo complexo porque engloba funções que integram muitos elementos.

Assim sendo, a imagem do corpo trata das vivências de representações, que, tomando por base sensações provenientes dos músculos e de seus invólucros, assim como das vísceras, entre outros, se tornam objetos de construção dessa imagem, que é ímpar e subjetiva.

Sensação, então, se apresenta como um dos substratos de nossas experiências, na medida em que é ponte comunicando o meio externo com nosso complexo meio interno, ou como Levine(1997,p.56) postula, "sensação, imagem, comportamento,



afeto e significado (cognição) formam juntos a *gestalt* de nossa experiência somática”.

Fazemos aqui um aparte para um relato pessoal profissional!

“Foi entrando em contato com esse tipo de informação que descobri muitas respostas para indagações pessoais e profissionais. Entretanto, toda resposta que obtive, me veio do contato com sensações corporais. O primeiro trabalho com que tive contato foi o Rolfing®, método de integração estrutural, que se ocupa das sensações corporais para guiar uma manipulação especializada. Como rolfista, percebi mudança na postura de meus clientes, assim como senti dificuldades no trato com alguns deles, o que me levou a procurar, entre outros trabalhos, o de Experiência Somática® - *SE®* (abordagem terapêutica para cura de traumas do Prof.Dr. Peter Levine). Após essa formação senti que estava mais capacitada para relacionar mínimos movimentos de nosso corpo, como respostas ao trabalho corporal, algo que sempre busquei compreender, porém não me foi possível durante a formação em Educação Física”.

Criado pela bioquímica norte-americana Ida Pauline Rolf, o Rolfing® encontrou campo fecundo para divulgar-se na década de 60, em Esalen na Califórnia. Chegou ao Brasil em 1980.

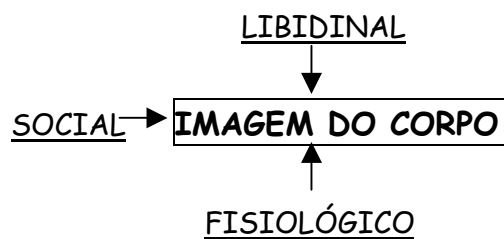
“A técnica do Rolfing® em si implica um ciclo de dez sessões de intervenção manual profunda na estrutura elástica do tecido conjuntivo frouxo (miofascia) do corpo”.(FEITIS,in ROLF,1990,p.IX).

Além de utilizar uma técnica denominada liberação miofascial, o Rolfing® faz uma abordagem sistêmica do sujeito.

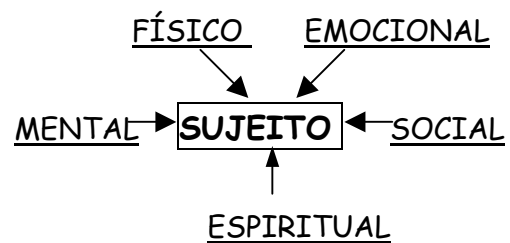
De acordo com a visão sistêmica, as propriedades essenciais de um organismo, ou sistema vivo, são propriedades do todo, que nenhuma das partes possui. Elas surgem das interações e das relações entre as partes. Essas propriedades são destruídas quando o sistema é dissecado, física ou teoricamente em elementos isolados. (CAPRA,1996,p.40).

Tanto o Rolfing® quanto o SE® consideram o aspecto físico, emocional, espiritual, mental e social do sujeito. Da mesma maneira, segundo Schilder(1999), a Imagem Corporal inclui os aspectos libidinal, fisiológico e social. Em todos estas abordagens, a perspectiva sistêmica está presente, fato este representado no esquema abaixo.

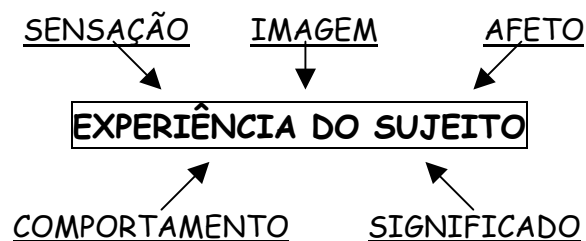
#### ASPECTOS DA IMAGEM CORPORAL



#### ABORDAGEM DO ROLFING®



#### ABORDAGEM DA EXPERIÊNCIA SOMÁTICA®



A Imagem Corporal relaciona-se à identidade corporal do sujeito. Essa identidade se apresenta como um todo interconectado, que se desenvolve pela vida, pela história. A estrutura humana também se constrói durante a vida do indivíduo. O Rolfing® toca essa estrutura, chegando então à história, à identidade, mexendo assim na imagem do corpo. A Experiência Somática orienta uma maneira muito particular de falar com a pessoa e ler seus movimentos. Questionamos, então, se dez sessões de Rolfing® orientadas pela linguagem do SE® poderiam mudar a Imagem Corporal, isto é, a forma como a pessoa se relaciona consigo mesma e com o mundo?

O presente estudo tem, portanto, o objetivo de verificar a Imagem Corporal, antes, durante e depois da intervenção do método de Integração Estrutural denominado Rolfing®.

Dividimos este trabalho em 6 capítulos principais.

O primeiro capítulo introduz a relação entre Rolfing®, Experiência Somática e Imagem Corporal.

O segundo capítulo apresenta a origem do Rolfing®, os princípios que regem as intervenções deste método e o relacionamos a outro trabalho corporal denominado Experiência Somática® (SE®).

No terceiro capítulo, informações básicas sobre a Imagem Corporal são apresentadas.

No quarto capítulo apresentamos a metodologia qualitativa utilizada na realização deste projeto de pesquisa levado a efeito no primeiro semestre de 2003, no laboratório de Imagem Corporal da Faculdade de Educação Física da UNICAMP.

No quinto capítulo apresentamos os resultados obtidos a partir dos seguintes instrumentos de avaliação: uma entrevista anotada pela pesquisadora (anexo 1), um *Gráfico de Apreciação do Próprio Corpo* (anexo 2), um *Gráfico de Sintomas* (anexo 3), o teste "A minha Imagem Corporal" (anexo 4), anotações feitas pela pesquisadora após cada sessão com os sujeitos e fotografias: vista anterior, posterior e os dois perfis. As fotografias não foram anexadas por tratar-se de material pessoal dos sujeitos desta pesquisa.

No sexto capítulo discutimos os resultados apresentados e depois fazemos as considerações finais.

## 2 - O ROLFING®

### HISTÓRICO

A literatura sobre o trabalho pioneiro de Integração Estrutural é escassa. Por este motivo, as informações descritivas e históricas deste capítulo foram retiradas principalmente da obra de Feitis(1986). No Brasil, há somente esse livro citado, e o escrito pela Drª Rolf, além de uma dissertação de mestrado (Prado,1982).

Ida Pauline Rolf, criadora do sistema de trabalho inicialmente chamado "Structural Integration" e atualmente denominado "Rolfing®", nasceu em 1896, na cidade de Nova Iorque. Frequentou o Barnard College, onde, em 1916, recebeu o título de bacharel em Química. Foi contratada pelo então Rockefeller Institute (atualmente Rockefeller University) para trabalhar nos Departamentos de Quimioterapia e Química Orgânica. Tornou-se professora associada e lá permaneceu até o fim da década de 20. Em 1920, recebeu seu PhD em Bioquímica e Fisiologia, pela Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade de Colúmbia, N.Y.

O aparecimento do Rolfing® teve um caminho indutivo, empírico, no qual sua criadora integrou experiências pessoais casuais, estudos gerados por interesses em novas abordagens de problemas clássicos, uma grande dose de intuição, coragem e trabalho.

Cedo, em sua vida, a Drª Rolf levou um coice de um cavalo e os sintomas provenientes deste acidente foram se tornando mais complexos e se sucedendo. Internada num hospital em Montana, Ida Rolf apresentava dificuldades de respiração e sintomas de pneumonia. Seu médico, tendo usado os recursos de que

dispunha, químicos e cirúrgicos, resolveu chamar um osteopata<sup>1</sup>. Houve de fato uma regressão dos sintomas da pneumonia.

De volta a Nova Iorque, entra em contato com o Dr. Morrison, o mais famoso dos osteopatas da época, para prosseguir seu tratamento. A partir de então, interessa-se por este ponto de vista e metodologia, estudando-o. Começa a formar-se nela a noção sustentada pelos osteopatas de que mudando-se a estrutura do corpo, poder-se-ia mudar a função.

Ida P. Rolf também se interessava por Ioga. Praticou exercícios de postura da "Hatha-Ioga" por muitos anos, buscando, no início, seu próprio bem-estar. Passou então a se reunir com um grupo e seu professor Pierre Barnard, para estudarem teoricamente seus princípios. Das atividades deste grupo, Ida Rolf tira outro princípio que mais tarde viria a ajudá-la na criação do Rolwing®. Esta prática antiga da humanidade referia que, para se criar um ser mais "elevado", mais harmônico, melhor emocional e espiritualmente, dever-se-ia trabalhar seu corpo. Na "Hatha-Ioga", buscava-se isto mediante exercícios e posturas que visavam ao alongamento dos músculos e à liberdade das articulações.

Depois dessa experiência com Ioga, Ida Rolf fez um curso de Física em Zurich, onde entrou em contato com a medicina homeopática. A visão de saúde destes profissionais e sua abordagem implicava a cura geral do cliente, por meio da administração de remédios que levariam o próprio organismo a produzir seus recursos bioquímicos. Foi em Genebra que a Dr<sup>a</sup> Rolf estudou com um homeopata, retirando daí a idéia de que o corpo pode curar-se.

---

<sup>1</sup> A osteopatia considera o sistema músculo-esquelético como fator etiológico de suma importância para avaliação, manipulação e tratamento. Visa o trabalho sob a estrutura musculo-esquelética e com isto a alteração das funções orgânicas. (PRADO,1982).

No final da década de 20, Ida Rolf deixa o Rockefeller Institute e passa os próximos 20 anos retirada da vida profissional pública, dedicando-se a vivenciar e estudar formas alternativas de educação, saúde e alimentação.

Em 1940, aparece para a Dr<sup>a</sup> Rolf seu primeiro "caso clínico", precursor do aparecimento do Rolwing®. Ela cuidou de uma professora de piano que tinha se acidentado e apresentava dificuldades motoras que a impediam de tocar. A Dr<sup>a</sup> Rolf tentou transpor os exercícios de Ioga e trabalhar com essa cliente mediante instruções verbais para o movimento, para que, através de alongamento muscular, suas articulações adquirissem maior liberdade. Outras pessoas buscaram sua ajuda até que a doutora encontra uma mulher de 45 anos que sofrera um acidente aos 8 anos de idade e, desde então, vivera impossibilitada de muitas de suas funções motoras. Durante muitos anos, Ida Rolf trabalha com esta cliente aplicando seus exercícios de alongamento do Ioga, aliando a eles uma prática manipulativa. A partir daí, realmente o Rolwing teve seu início.

Diferentemente dos osteopatas, Ida Rolf colocava seu foco em outro tipo de tecido conjuntivo, ou seja, aquele que une os ossos e envolve os músculos e células, tais como: a fáscia e os ligamentos.

O ponto de vista novo que a Dr<sup>a</sup> Rolf trazia, era que o sistema fascial modificado daria nova organização ao corpo humano. Ida Rolf se interessou pelo fato de que o tecido conjuntivo (ossos, cartilagens, fáscia, tendões e ligamentos), embrionariamente falando, deriva do mesoderma. A ciência da época investia muito nos derivados do ectoderma e do endoderma. Havia uma lacuna imensa no estudo das funções dos derivados do mesoderma. Ainda indiferenciado, o tecido conjuntivo tem função protetora. Com sua diferenciação, passa a adquirir função de sustentação no

organismo. A Dr<sup>a</sup> Rolf percebeu que, quando aplicada uma pressão manipulativa, o tecido conjuntivo pode se deslocar, levando consigo seus conteúdos e sustentando o corpo de forma diferente. Isso acontece em consequência das propriedades visco-elásticas deste tecido. Ida Rolf concluiu, então, que os ossos, organização mais densa dos mesmos componentes histológicos, além da função de dividir os espaços e o sistema miofascial, entre outras, têm a função de sustentar os componentes do corpo e o organismo como um todo nas diferentes posições.

A Dr<sup>a</sup> Rolf apresentava uma visão do corpo com todas as suas partes específicas, agrupadas e sustentadas, de uma determinada forma, por ação do tecido conjuntivo como um todo, sendo este contínuo no corpo, e também manipulável. O corpo então podia ser reorganizado por ação manipulativa. Com isto, mudando-se as estruturas, poder-se-iam mudar as funções. E como o tecido conjuntivo é contínuo, seu efeito atingiria o corpo todo e não simplesmente as partes.

Nos anos seguintes, trabalhou com pessoas que procuravam sua ajuda. Percebeu que seu trabalho ia adquirindo um padrão. Ouvia relatos que transcendiam a questão do rearranjo físico da pessoa. De alguma forma, percebia que estava aplicando os princípios que aprendera na Homeopatia, no Ioga e na Osteopatia. Eram relatos de bem-estar físico, de alívio de tensões, de desaparecimento de sintomas crônicos, de mudanças emocionais e de consciência.

Rolf começou a ensinar sistematicamente em 1950, buscando formular seu trabalho numa técnica com princípios próprios. Entretanto, os alunos visualizavam a técnica, mas não o ponto de vista que, até então, aparecia e se manifestava como algo estruturado e individualizado. Não eram novos instrumentos para se fazer a mesma coisa, mas sim um jeito novo de conceber o trabalho com o ser humano. As partes já



não tinham sentido a não ser em relação às outras partes e com o todo. A cura era uma decorrência disto.

A Doutora necessitava de explicações mais científicas para apoiar e desenvolver o que vinha constatando. Na busca deste objetivo, organiza suas idéias num artigo publicado em junho de 1963, intitulado: "Gravidade, um fator inexplorado num uso mais humano por seres humanos". Em tal artigo, narra a complicada relação de nossas massas corporais com a gravidade, defendendo a idéia de que se o arranjo estrutural humano estiver organizado em torno da linha gravitacional (uma linha vertical em relação ao solo), a distribuição da massa do corpo estará mais simétrica, homogeneizando assim sua ação.

Esse ponto de vista da e sua prática necessitavam de organização metodológica para poderem ser aplicados a todas as pessoas. Pensando então em reorganizar o corpo numa direção mais simétrica e balanceada em torno da linha gravitacional, organiza a manipulação, que fazia em dez sessões de uma hora cada uma.

Os passos seguintes no desenvolvimento do Rolfing® foram de ensino e divulgação. Por dez anos, a Dr<sup>a</sup>. Rolf ensinou e deu conferência nos Estados Unidos e Inglaterra.

Foi em Esalen, Califórnia, na década de 60, que seu trabalho encontrou campo fecundo para divulgação. Esse local, na época, era a sede dos movimentos de "psicologia humanística" e do "movement for human potencial". Os enfoques psicoterapêuticos estavam sendo revistos e outras abordagens do fenômeno mental estavam sendo propostas. A questão corpo-mente e suas abordagens técnicas estavam sendo repensadas. Nesse ambiente aberto e experimental, o Rolfing®

encontra outro tipo de reflexão. Diversos profissionais expoentes da época submeteram-se ao trabalho e relataram suas experiências em publicações tais como as dos seguintes autores: Fritz Pearls em "In and Out the Garbadge Can", Will Shuttz em "Joy", Ken Ditchland em "Body Mind", Hector Prestera em "Body Language", e outros mais.

Durante o período de 1970 a 1976, boa parte da reputação do Rolfing® era resultado de entrevistas, palestras e artigos escritos não pela Dr<sup>a</sup>. Rolf, mas a seu respeito. Muitos desses artigos pretendiam comparar todas as técnicas corporais que estavam sendo experimentadas na época. Entretanto, acabavam não fazendo justiça a nenhuma delas. Em 1970, Sam Keen, então diretor da revista *Psychology Today*, solicitou à Doutora exatamente uma dessas entrevistas. A intenção que o motivava era a de experimentar os méritos do Rolfing®, da bioenergética, do método de Feldenkrais, e da técnica de Alexander, entre outros. A Dr<sup>a</sup>. Rolf disse-lhe que a idéia era péssima, pois o corpo é conservador e leva tempo para mudar. Como é que poderia esperar absorver modalidades tão diversas de mudança física, e que espécie de benefício poderia esperar com isso? Contrariando todas as expectativas, Sam Keen ouviu, passou pelo processo Rolfing® e escreveu alguns artigos significativos sobre sua experiência.

Essa tem sido uma premissa básica dentro da formação de rolfistas no mundo todo; passar pelo processo, para então resolver se é esse o trabalho que se deseja fazer. Em se tratando de um trabalho corporal, nada mais coerente do que ter a experiência dele e aí, então, conhecer a teoria que o sustenta.

Uma importante contribuição de Rolf, em seu trabalho, é o que diz respeito ao significado que se dá para a estrutura. Segundo a autora, "o reconhecimento

abrangente da estrutura humana inclui não só a pessoa física, mas também, eventualmente, a personalidade psicológica - comportamento, atitudes e capacidades" .(ROLF,1990. p.15). A Drª Rolf enfatiza que estrutura humana não deve ser sinônimo de postura. Ela defende a idéia de que referir-se à estrutura humana significa olhar para o ser humano em suas relações consigo mesmo e com o ambiente em que vive.

Em 1979, morre Ida P. Rolf, momento em que havia aproximadamente 250 praticantes de Integração Estrutural.

Em 1980, é fundado o "Aspen Research Center", para atender de forma independente à necessidade de pesquisa ligada ao Rolfing®.

Com a morte de sua criadora, o trabalho em Rolfing® seguiu com os rolfistas praticantes da época, alguns dos quais vindos do meio acadêmico. A fim de sistematizar o ensino do método deixado pela Drª Rolf, dois de seus alunos publicaram um artigo formalizando assim uma definição de Rolfing®, assim como esclarecendo seus princípios. Nosso trabalho foi realizado, então, no sentido de tornar sucintas as idéias de Ida Rolf, assim como deixar claro que mais importante que a técnica, chamada de Liberação Miofascial, o ponto de vista sobre o corpo e suas relações é que faz diferença em Rolfing®.

### PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ROLFISTA

No processo de formação, o rolfista passa por um treinamento que tem por objetivo encaminhar o aluno a uma aprendizagem teórico-prática, inseri-lo no mercado de trabalho e estimulá-lo para que continue buscando sempre novos conhecimentos.

A formação em Rolfing® inicia-se com uma entrevista, na qual são levantados os objetivos do candidato, esclarecida a maneira como o ensino é dado, o vínculo com a Associação dos rolfistas e o uso adequado da marca registrada do trabalho. É obrigatório, ao candidato, ter participado de 18 sessões de Rolfing® Estrutural e Funcional. Feito isto, o aluno que é profissional graduado da saúde, é encaminhado para o cumprimento de quatro módulos que lhe darão certificação em Liberação Miofascial(LMF). Os profissionais graduados que não são da área da saúde, são encaminhados para um estudo dirigido denominado Cadeiras Básicas, no qual as disciplinas de Anatomia, Fisiologia e Cinesiologia são ministradas por profissionais habilitados. Só depois, então, cumprem os quatro módulos de LMF. Um quinto módulo de LMF, incluindo uma iniciação ao treinamento de Rolfing® com ênfase nas disciplinas denominadas Toque e Relações Terapêuticas, é destinado apenas aos alunos interessados em prosseguir na formação.

Após a etapa descrita no parágrafo anterior, o candidato realiza um trabalho de admissão que consiste na entrega do *curriculum vitae*, numa carta escrita pelo rolfista do candidato, informando sobre sua participação durante as 18 sessões de Rolfing®, e fotos do aluno tiradas antes e depois da série de sessões. Começa então o treinamento em Rolfing® propriamente dito, porém, fase ouvinte. Esta fase é realizada, aqui no Brasil, em oito módulos de quatro dias cada. Fora do país, tal etapa consta de um módulo de oito semanas, e o candidato brasileiro pode escolher onde quer fazer o curso, assim como alunos estrangeiros podem participar de treinamentos no Brasil.

Realizado o treinamento inicial, o aluno executa um trabalho chamado entre-fases, que consiste em atividades no ambulatório com sede em São Paulo, estudo dirigido e elaboração de uma monografia.

O próximo passo é a participação do aluno no curso profissionalizante, com a certificação em Rolwing® Estrutural e Funcional. Esta unidade também é realizada em módulos, aqui no Brasil ou no exterior.

A pesquisa e a prática em Rolwing® podem continuar sendo feitas no ambulatório, paralelamente ao trabalho da clínica particular do profissional habilitado. Atualmente o ambulatório tem o registro de 400 clientes que por lá passaram e foram iniciados em seus processos por rolwistas voluntários. Os resultados dessa pesquisa estão sendo sistematizados.

Tendo em vista a dificuldade de ensinar tal método, cuja compreensão depende de amadurecimento e experimentação do profissional, ficou instituído que a formação dos rolwistas seria realizada em duas etapas: uma básica (acima descrita) e outra avançada.

Na formação básica dos rolwistas, as sessões são passadas sob a forma de um "protocolo" (conhecido como "receita" no jargão dos rolwistas). Esse protocolo foi a maneira que a Dr<sup>a</sup>. Ida Rolf encontrou para passar adiante seus conhecimentos aos estudantes de Rolwing®. Tal "receita" contém uma ordem nos procedimentos das manipulações, que são orientadas por princípios já mencionados anteriormente. A estrutura da formação em Rolwing®, que se propõe ser contínua, favorece o raciocínio do aluno-rolwista, para que este aprenda o método por meio do próprio corpo. Como a experiência é somática, a compreensão do trabalho muda com o passar

dos anos e a prática. Por esse motivo, passados três a sete anos de formado, o rolfista é convidado a fazer a formação avançada, para não ser desligado do *Rolf Institute*, que tem sede em *Boulder, Colorado* (EUA). Juntamente com representantes de países a ele filiados, o Instituto se ocupa de fiscalizar a ação dos profissionais no mundo todo.

No decorrer dos sete primeiros anos de formado, o rolfista deve cumprir 18 créditos de Educação Continuada, sendo nove de Rolfinng Estrutural, seis de Rolfinng Movimento, e três de créditos Eletivos. Após esse período, o rolfista deve participar do Treinamento Avançado.

Na etapa avançada, o rolfista aprende a refazer a "receita" de maneira não formulística, ou seja, com uma maturidade já conquistada pela prática e também pela compreensão da "ordem" estabelecida no próprio corpo, sendo capaz de acompanhar o ponto de vista a que a Dr<sup>a</sup> Rolf dava tanta ênfase. Após essa etapa, o rolfista estará com sua formação completa, por assim dizer.

Os rolfistas Jeffrey Maitland e Jan Sultan(1992) assinam juntos a publicação sobre os princípios de intervenção do Rolfinng®. Somente para recordar, esses dois autores não criaram os princípios. Foram capazes de organizar, por escrito, o que já existia na elaboração das sessões da Dr<sup>a</sup> Ida Rolf, mas não era dado dessa maneira para os alunos.

## OS PRINCÍPIOS DO ROLFING

Segundo Maitland e Sultan, "o Rolfing®, assim como a Homeopatia, a Terapia Crânio-Sacral, a Osteopatia e a Acupuntura, inserem-se no chamado terceiro paradigma, que agrupa as práticas integrativas ou holísticas, cujo objetivo essencial é a integração dos diversos aspectos do ser humano". (1992,p.46).

Ficou instituído então, a partir de publicações, que o Rolfing® tem como objetivo a integração da estrutura humana e sua economia funcional. Para a execução de tais objetivos, existem princípios, como já dissemos, para as intervenções, que são regras fundamentais das quais procede o processo de tomada de decisões clínicas. Esses princípios permitem-nos encontrar soluções, criar estratégias, e derivam de um princípio maior, o Holismo.

### PRINCÍPIO HOLÍSTICO

"Nenhum princípio pode ser completamente atingido a menos que todos sejam completamente atingidos" .(MAITLAND, SULTAN,1992, p.19).

Esses princípios mencionados acima se baseiam numa série de observações e pressuposições, tais como:

- 1- O corpo é um todo, no qual nenhuma parte é mais importante para a organização do todo do que o todo em si.
- 2- Assim como o corpo é uma unidade, a disfunção somática também é e reflete-se em todos os aspectos do ser.

- 3- Conhecer os componentes da forma viva não é suficiente para compreender a organização do todo.
- 4- Corpos vivos são sistemas auto-reguladores e auto-organizadores (ortobiótica).
- 5- Compreender áreas locais de disfunção depende de compreender o estado do todo e sua relação com o ambiente.
- 6- Nenhum componente do corpo pode ser adequadamente compreendido quando isolado do todo e de sua relação com o ambiente.

Podemos aqui perceber que os enunciados acima divulgados resumem as experiências que a Dr<sup>a</sup> Rolf teve em seu contato com a Osteopatia, o Ioga e a Homeopatia. Retiram-se destas vivências as idéias de que: mudando-se a estrutura do corpo podemos mudar sua função; o corpo pode curar-se e o trabalho com o corpo “eleva” o ser humano numa condição mais harmônica, emocional e espiritualmente. O princípio Holístico descreve de maneira geral, o modo como o profissional precisa conceber a estrutura humana.

Para que as sessões, que são procedimentos mais específicos, possam ser aplicadas, existem princípios que norteiam as intervenções em Rolfing®, os quais são descritos como: de suporte, de adaptabilidade, da palintonicidade e do fechamento, todos estes regidos por um meta princípio, que é o do Holismo.



## PRINCÍPIO DE ADAPTABILIDADE

"A integração somática é uma função da capacidade da pessoa de se adaptar adequadamente a um ambiente em constante mutação".(MAITLAND,SULTAN,1992, p. 19).

A partir desse princípio, o rolfista se questiona sobre a capacidade do indivíduo de se adaptar a qualquer intervenção, pois se não houver essa possibilidade, o corpo do sujeito retorna ao estado anterior ou a(s) fixação(ões) apenas muda(m) de lugar.

## PRINCÍPIO DO SUPORTE

"A integração somática é função do suporte disponível".(MAITLAND,SULTAN,1992, p. 20).

De acordo com este princípio, o rolfista deve olhar a maneira como o cliente se relaciona consigo mesmo e também com o espaço e o tempo, a gravidade e o ambiente. Os autores enfatizam que "suporte na gravidade é crítico para qualquer tentativa de melhorar a estrutura e a função corporal".(1992,p.20).

## PRINCÍPIO DA PALINTONICIDADE

"A integração somática é função da harmonia palintônica. Esta harmonia descreve uma ordem espacial - dentro/fora, anterior/posterior, superior/inferior e também se refere aos aspectos do holograma do Ser (aspecto físico, emocional, mental, espiritual e social)".(MAITLAND , SULTAN,1992, p. 19).

De acordo com esses autores, Palinto era um conceito usado por Heráclito antes de Platão, no século V a.C. Palintônico refere-se à natureza do ser humano, em

relação a ele mesmo. "Não somos anjos nem animais, mas vivemos na tensão entre céu e Terra e a harmonia destas forças nos torna integrados".(MAITLAND, SULTAN,1992, p. 20).

Palintônico refere-se a uma questão profunda de equilíbrio ortogonal ou harmonia dos opostos. Limitação é a condição para se ter uma forma. Vivemos tentando encontrar o equilíbrio e a possibilidade. Não existe possibilidade ilimitada nem limite impossível. Palintonus é outra maneira de expressar "tensigridade", ou tensão integral, definida por Fuller<sup>2</sup> (1982), como sendo:

Um sistema estabelecido, quando uma porção de elementos descontínuos em compressão interagem com vários componentes contínuos em tração, para definir um volume estável no espaço.

## PRINCÍPIO DO FECHAMENTO

"Toda intervenção, sessão ou série de sessões, tem um começo, meio e fim". (MAITLAND, SULTAN,1992, p. 20).

Segundo esses autores, atinge-se um fechamento quando a pessoa toda (de acordo com suas limitações que mudam e as que não mudam) pode sustentar as mudanças propostas sem nenhuma outra intervenção.

A partir destes princípios, o rolfista utiliza-se de estratégias para montar uma sessão ou uma série de sessões. Para tais estratégias, são necessários também alguns questionamentos sobre a estrutura de cada pessoa, individualmente.

---

<sup>2</sup> Richard Buckminster Fuller é um filósofo, inventor, professor e arquiteto alemão, cujo trabalho mais conhecido é o estudo das geodésicas (estrutura espacial formada por uma malha triangular).

Para que a estrutura de cada um possa ser lida, existem vários aspectos a serem considerados e algumas perguntas que podem organizar essa leitura, como, por exemplo: Quais componentes da estrutura do cliente exibem maior restrição? Onde estão as áreas mais sobrecarregadas e as mais descarregadas? São questionamentos que a prática diária do consultório torna mais evidentes.

A definição de Rolfing® também foi escrita pelos rolfistas Jeffrey Maitland e Jan Sultan,(in Rolf Lines, Spring 1992, p.16). Optamos por colocar a definição sob a forma de citação, por acreditar que estaríamos subtraindo informações de um conteúdo se o fizéssemos de outra maneira.

"ROLFING® é a filosofia, ciência e a arte de integrar a estrutura corporal humana no tempo - espaço e gravidade, através de manipulação miofascial e educação do movimento". (MAITLAND ,SULTAN, 1992, p.16).

Filosofia - uma forma de Ontologia Somática. Soma (grego) refere-se ao corpo, não como pensamos nele, mas ao nosso Ser corpóreo conforme nós o vivenciamos. Ontologia é o ramo da filosofia que se ocupa com a investigação sobre a natureza e o significado do Ser. Ontologia Somática é o questionamento filosófico sobre o relacionamento apropriado entre o Ser e o ser humano através da prática de transformar o corpo humano.

Ciência - Rolfing® é uma ciência e fenomenologia da estrutura e do movimento normal. O conceito de normal é baseado em anos de observação empírica sobre como a gravidade impacta com o corpo humano. A estrutura e movimento normal não resultam de simplesmente alinhar as partes do corpo ou equilibrá-lo com respeito a ele próprio. Estrutura e movimento normal surgem somente quando o corpo está organizado com respeito a ele próprio e também no campo gravitacional. Estrutura normal resulta quando os centros de gravidade dos vários segmentos do corpo estão organizados ao redor de um eixo vertical chamado de linha da gravidade.

A fenomenologia da integração estrutural e economia funcional criada pelo Rolwing® é, por implicação, uma fenomenologia daquilo que constitui uma forma humana funcional e conseqüentemente também o que constitui relacionamentos saudáveis no mundo humano. Uma fenomenologia da forma humana é necessariamente também uma psicologia somática. Enquanto psicologia somática, o Rolwing® está interessado nos modos psicologicamente saudáveis e não saudáveis com que os seres humanos se organizam estrutural e funcionalmente e como se orientam no tempo/espço. Conflitos e fixações psicológico-emocionais não resolvidos tendem a se manifestar como conflitos e fixações no modo como nos organizamos e nos orientamos no espaço e tempo. À medida que os indivíduos se acercam do bem-estar e liberdade psicológica, eles começam a se aproximar de uma desenvoltura de movimento e de uma forma corporal funcional que o Rolwing® pronuncia como estrutura normal. Por conseguinte, a integração estrutural e a economia funcional contribuem para a realização da adaptabilidade, bem-estar psicológico e relacionamentos saudáveis. Enquanto ciência, o Rolwing® está interessado em investigar e explorar as disciplinas e campos de investigação que são essenciais e específicos para a competência estrutural e funcional. Estas áreas de investigação incluem (mas não estão necessariamente limitadas ao estudo do movimento normal) o estudo de mecânica articular, o papel do sistema nervoso na postura, estrutura e movimento. Nossas técnicas de manipulação e educação, assim como o desenvolvimento de teorias psicológicas e modelos que são baseados numa estrutura, forma e movimento adequados, estão voltados para o desenvolvimento de uma linguagem que expresse coerentemente o modo apropriado, a natureza da integração estrutural e da economia funcional.

Arte - a arte do Rolwing® consiste no desenvolvimento e aplicação de um conjunto de habilidades altamente específicas e refinadas. O Rolwing® cria a possibilidade para a economia da função e para a integração estrutural na gravidade, através da simultânea compreensão e aplicação dos princípios, estratégias, técnicas de manipulação miofascial e educação dos movimentos, isto é, praticar a arte.

A compreensão para utilização correta dos princípios é algo que demanda tempo, prática e estudo, porém, o maior desafio que este trabalho de Integração Estrutural requer de seus alunos é uma percepção e conhecimento diferenciados do conceito padrão do que chamamos corpo, como já mencionado anteriormente.

Nossa dificuldade em perceber o corpo como um todo retrata o pensamento de Platão e Descartes cuja filosofia sobre a natureza do corpo reduziu-o a uma máquina que pode ser entendida de acordo com princípios de causalidade, e articulada numa linguagem matemática.

Entretanto, uma abordagem mais contemporânea (séc. XIX e XX) sobre este assunto nos leva à compreensão de que o corpo é um organismo, assim como muitos existentes na natureza, diferente, porém, na complexidade de sua organização. Isto, então, retrata o pensamento da Dr<sup>a</sup> Rolf.

Este pensamento, sobre a natureza orgânica complexa do corpo humano e não mecanicista e analítica dominante na era moderna (séc. XVI, XVII e XVIII), é dito sistêmico como nos explica Capra,(1996),

[...] pensamento sistêmico é a compreensão de um fenômeno dentro do contexto de um todo maior. Esse é, de fato, o significado raiz da palavra "sistema", que deriva do grego *synhistanai* ("colocar junto"). Entender as coisas sistemicamente significa, literalmente, colocá-las dentro de um contexto, estabelecer a natureza de suas relações. (p.39).

A idéia, portanto, de isolar alguma coisa e analisá-la a fim de entendê-la, foi substituída por colocar esta coisa no contexto de um todo mais amplo.

Todos os princípios do Rolfing® são descritos como "holísticos", porém, uma revisão nos mostrou que "ecológico" seria um termo mais adequado para definir o trabalho em Rolfing, consistindo a diferença entre um termo e outro, segundo Capra,(1996), em:

Uma visão holística, digamos de uma bicicleta, significa ver a bicicleta como um todo funcional e compreender, em conformidade com isso, as interdependências das suas partes. Uma visão ecológica da bicicleta inclui isso, mas acrescenta-lhe a percepção de como a bicicleta está encaixada no seu ambiente natural e social.(p.25).

Capra,(1996), utiliza o termo "sistêmico" como sinônimo de "ecológico" e acrescenta que "sistêmico é apenas o termo científico mais técnico"(p.33).

Dois aspectos em Rolfing® vêm sendo, no decorrer dos anos, estudados em profundidade por profissionais de diversas áreas do conhecimento. O primeiro diz respeito à Anatomia e à visão do ser humano como um todo interconectado. O segundo se relaciona ao sistema nervoso, sua plasticidade e ligação com trabalhos corporais. Especificamente as dinâmicas das sensações corporais têm sido estudadas como um acesso à fisiologia do sistema nervoso. É sobre esses dois tópicos que discorreremos a seguir.

### CONTRIBUIÇÃO DO ROLFING® PARA A ANATOMIA

Na literatura médica tradicional, o sistema esquelético tem sido descrito como o sistema de sustentação do organismo. Os estudiosos do movimento, cinesiologistas, usam, para descrição da sustentação do corpo humano, a presença e atividade dos músculos combinados com as alavancas ósseas de suporte. Eles propõem o termo músculos da postura e, em termos mecânicos, tentam descrever a postura como um modelo de forças tensionais. Em sua literatura, referem-se ao sistema neuro-musculo-esquelético como responsável pela sustentação do corpo.

Além disso, a Anatomia, da maneira como vemos nos livros, muitas vezes não nos instiga sobre os movimentos. Num passado próximo, ainda aprendíamos sobre os

músculos, nos referindo a eles em relação à origem/inserção. Hoje em dia, já foi instituído que esses termos não são adequados porque são relativos, dependendo do movimento que a parte faz. Schultz e Feitis(1996), afirmam que:

O conceito músculo/osso, apresentado na anatomia padrão, nos dá uma descrição pobre, de um modelo mecânico de movimento. Isso separa o movimento em funções discretas, falhando em nos dar uma figura integrada vista num corpo vivo. (p. vii. tradução nossa).

Essa visão separada da teoria em relação ao que acontece realmente na prática nos impede, por exemplo, de ter uma visão clara de: Por que vemos as pessoas se tornarem mais "curvadas" com a idade?

Em Rolfing®, segundo Schutlz e Feitis, "O corpo todo é sempre um potencial para mudança e para coisas novas desenvolverem-se".(1996, p.3). Este conceito é retirado de uma leitura diferenciada da embriologia. Os autores afirmam que normalmente o termo embriologia é utilizado para os três primeiros meses de gestação, mas os rolfistas entendem este termo como o período em que as coisas se desenvolvem e se diferenciam. Eles partem do princípio de que o nascimento é apenas uma mudança de ambiente, um dos muitos que ocorrem no decorrer da vida. Rolfistas precisam assimilar, portanto, o conceito de uma anatomia viva, que se transforma com o desenvolvimento.

Esses autores postulam que o osso, por exemplo, pode ser remodelado ao longo da vida, exercendo-se uma pressão relativa sobre ele. Fazem também uma comparação

deste fato com o uso de aparelhos para correção dos dentes utilizados hoje em dia não só com crianças, mas com adultos também. E concluem:

Isso significa que se nos sustentarmos numa posição curvada, o osso acabará acomodando-se com o formato daquela posição. Isto não ocorre em um mês ou seis, mas ao longo de muitos anos. (SCHULTZ,FEITIS,1996 p.3).

O novo conceito que o Rolfing® traz é o de que o "tecido conjuntivo conecta e suporta. Ele forma a estrutura do corpo".(SHULTZ,FEITIS,1996,p.3,tradução nossa). Ainda segundo os autores, geralmente pensamos na estrutura corporal em termos de ossos e músculos. Porém, a estrutura é o resultado da organização do músculo em relação ao osso. Esses autores também afirmam que o tecido conjuntivo, em resposta ao movimento, é o fator organizador. A estrutura, segundo eles, é o resultado do movimento, característica da ação muscular sobre o tecido conjuntivo como um todo. Os autores acrescentam que o tecido conjuntivo, especialmente a miofascia, define o contorno do corpo e é o órgão da estrutura e do movimento, tal como afirmava a Dra. Rolf.

Uma relação clara sobre a plasticidade do tecido conjuntivo é feita se nos reportarmos à sua origem. Segundo os autores, o tecido conectivo é o menos específico dos tecidos em desenvolvimento. Ele origina-se do mesoderma e possui componentes que permanecem relativamente sem forma, se comparados ao ectoderma e endoderma. As estruturas provenientes destes dois últimos locais são compostas por elementos mais estáveis em sua forma como, por exemplo, as células do cérebro, do sistema nervoso, da pele, ou mesmo do sistema digestivo e do glandular. Para os



autores, a não especificidade de algumas células provenientes do mesoderma aparentemente cumpre uma importante função: a de tornarem-se tipos diferentes de células especializadas conforme a necessidade. Essas células especializadas estão presentes no embrião, na criança e no adulto, afirmam Schultz e Feitis(1996). Um exemplo disto são as células reticulares do tecido conjuntivo, que, segundo eles, muito provavelmente atuam como células matriz, tornando-se especializadas de acordo com a necessidade. Eles consideram os linfócitos do sangue e o tecido linfóide acumulado próximo a uma área de infecção, como componentes que parecem ser capazes de assumir múltiplas funções conforme o necessário para o processo de cura. Mencionam ainda o fato de estas células também terem a capacidade de se transformar em fagócitos (células de reestruturação) ou tornarem-se matriz de células do tecido conjuntivo adicional no local. Os hábitos quotidianos de uma pessoa, assim como inflamações e lesões que possam ocorrer no decorrer da vida, estabelecem, portanto, padrões de liberdade ou restrição nos diversos planos fasciais.

Focar a atenção no tecido conjuntivo fascial poderá nos dar uma noção mais concreta de uma estrutura humana viva, em constante transformação. A idéia de integração, conexão entre as partes, também pode ser facilmente construída, se o estudo for mais focado no sistema fascial. Por exemplo, alguns músculos são grandes e se estendem por mais de uma articulação, porém as fâscias cobrem grandes extensões do corpo, além de serem um contínuo com as demais. Pensando desta maneira, facilmente vemos a relação entre uma dor nos ombros, por exemplo e um dorso (costas) que não se move durante o andar. Se a fâscia tóraco lombar não estiver suficientemente diferenciada do tecido muscular posterior do tronco, isso impedirá a descarga de peso dos membros superiores sobre os inferiores, seja numa posição parada, ou em movimento. O problema não está, portanto, nos ombros propriamente

ditos, mas eles doem por causa da restrição que existe logo abaixo deles, não permitindo assim que o peso seja descarregado num apoio.

Todo este quadro, entretanto, pode ser modificado com pressão mecânica adequada e educação do movimento, pois a fáscia é um tipo de tecido resiliente, isto é, tem a capacidade de recuperar-se rapidamente. É sobre este aspecto anatômico funcional que os rolfistas focam os estudos e a observação prática no consultório.

Alguns enigmas são encontrados pelos rolfistas durante a prática, como, por exemplo: Por que existe tensão nos ombros de tantas pessoas? De onde vêm esses padrões de segurar?

Muitas considerações foram feitas pela Dra. Rolf a esse respeito, porém foram dois de seus alunos que publicaram um livro que trata, dentro de um contexto, dessas construções.

Schultz e Feitis(1996), referem que, durante uma gestação, não somente a má nutrição da mãe, ou o uso de drogas, pode afetar o desenvolvimento do bebê, mas também se a mãe ficar constipada por muito tempo, isto exercerá pressão contra a parede uterina, afetando, portanto, o bebê. Por volta do último trimestre de gestação, também o feto pode ser pressionado pela limitação de espaço e este fato se agrava, quando a postura da mãe sustenta a gravidez com dificuldade. Os autores afirmam também que a curvatura da coluna no feto é exemplo de uma estrutura não determinada primariamente pela pressão da parede uterina, mas sim geneticamente determinada e, então, reforçada e redirecionada pela pressão muscular das paredes do útero, enquanto a criança cresce. Assim podemos concluir que isto é um exemplo da

ação do meio externo, pressionando e interferindo na organização dos tecidos que formam o corpo do bebê.

Os autores consideram também que o parto e algumas situações vividas pelo recém-nascido podem garantir ou não a organização do novo ser. Um conceito discutido é o do trauma do nascimento. Tais autores mencionam a dificuldade da passagem da cabeça e dos ombros do bebê durante um parto natural. O ambiente muito claro em oposição ao meio em que o bebê se encontrava, e a higiene são fatores que invadem o sistema nervoso do recém-nascido, sem lhe proporcionar suporte adequado, ou seja, condições e tempo suficientes para poder se orientar em relação a todas as novas informações. Os autores lembram que a quantidade de estímulo sensorial dada ao recém-nascido pode provocar uma contração na estrutura e no sistema sensorial e nunca desaparecer. Sob o ponto de vista funcional, Schultz e Feitis(1996) lembram que o nascimento é o momento em que a entrada de ar nos pulmões modifica toda a fisiologia que existia na vida intra-uterina. Lembram que o abdômen e a porção superior das costelas do bebê ficaram comprimidos na posição fetal e que isto é drasticamente modificado quando o ar entra e estica os tecidos dos pulmões. No útero, existia o suporte da pressão das paredes e, após o nascimento, essa pressão é substituída pelo segurar da mãe, assim como pelas roupas, fraldas e lençóis, que, colocados no recém-nascido, podem permitir ou limitar seus movimentos.

A transição entre a condição de recém-nascido para o ser criança também faz parte da análise desses autores. À medida que a criança experimenta o chutar, o olhar ao redor e a experiência de ser balançada, isto faz com que os sistemas de retroalimentação (feedback) sejam estimulados e assim sendo, ela aumenta cada vez mais seu vocabulário motor. Schultz e Feitis(1996) enfatizam, que a maturação do

tecido conjuntivo ocorrerá à medida que as exigências motoras progredirem. Afirmam também que as articulações tornam-se maduras com o uso e que flexibilidade adequada das articulações é a definição anatômica de maturidade. Eles esclarecem que se referem à estrutura miofascial como imatura, quando ela não é suficientemente desenvolvida para ir ao encontro da exigência dos movimentos.

Os autores ressaltam ainda a importância de considerarmos o fato de o recém-nascido ter os ossos da cabeça e do tórax relativamente bem desenvolvidos, em contraste com a pelve, que se apresenta, neste período, quase totalmente composta por cartilagem, com apenas pequenos discos de ossos. Eles referem que este fato torna o quadril maleável e suscetível às posições em que o bebê é posto no berço. Afirmam também que isto terá efeito direto na organização das pernas da criança.

De todas as considerações que Schultz e Feitis(1996) fazem durante esse período, o fato a que é dada maior ênfase, diz respeito ao engatinhar.

Engatinhar redireciona as flexuras da posição fetal. É necessário que a criança use ativamente esta posição antes de poder se esticar como o corpo requer, na posição em pé. Engatinhar parece estabelecer a curvatura lombar. Isto reforça um padrão simultâneo de ângulos corretos tanto para o joelho quanto para a coxo-femural. Engatinhar desenvolve o uso da pelve, trazendo-a para o nível de maturidade dos ombros e da barriga. A prática do engatinhar da criança sincroniza os braços e as pernas, assim como os lados direito e esquerdo. (p.25, tradução nossa).

Os autores enfatizam também que, durante o período de desenvolvimento da criança, o uso prematuro de algumas posições ou obrigação por precisão podem distorcer a articulação de sua função, criando restrições, falta de precisão e eventualmente dor.

Neste sentido, dizemos que o aparelho locomotor tem uma memória dos eventos da vida de um indivíduo. Por estes motivos, concluímos que os diversos eventos de nossa vida acontecem na relação com o mundo; entretanto, a experiência destes eventos é do sujeito, ficando impressa nos diversos tecidos do corpo. A memória, portanto, dos acontecimentos, não está no evento em si, mas no corpo que experienciou aquele fato ou relação. Schultz e Feitis(1996) consideram:

Usando a analogia de uma orquestra, o tecido conjuntivo é a pauta na qual as notas são escritas; osso, músculo e os sistemas de órgãos são os instrumentos. O tecido conjuntivo é o gravador, é um banco de informações do corpo.(tradução nossa).

Esta capacidade de se transformar, portanto, guardadas as devidas limitações pré-determinadas geneticamente, é um princípio que pode ser visto sob dois aspectos; ao mesmo tempo em que os diversos planos fasciais podem aderir facilmente, como já foi descrito anteriormente, na lesão, inflamação, hábitos de movimento, ou falta destes, desde a vida intra-uterina, também podem diferenciar-se por meio de manipulação adequada e novos hábitos.

Isto nos traz algumas respostas sobre esses padrões de tensão encontrados principalmente nos adultos. Sabemos então que:

Após o nascimento, as atividades de respirar, torcer, virar-se, arrastar coisas, olhar para as coisas, engatinhar, sentar e andar são os estímulos primários que converterão a estrutura imatura do recém-nascido transformando-o numa criança independente e competente. (SCHULTZ,FEITIS,1996, p.26,tradução nossa).

Os autores referem que nenhum tipo de informação é dada sistematicamente 'as crianças, no sentido de auxiliá-las a resolver problemas com o equilíbrio encontrados no rolar, engatinhar, andar, etc... Para ler e escrever, por exemplo, os autores lembram que é necessário todo um processo de aprendizagem, e para esses primeiros atos motores da vida do bebê, não damos tanta atenção, por talvez não sabermos das suas implicações na vida adulta. Existem mais estudos a partir de quando a criança já está andando ou na vida escolar. Muitos dos primeiros movimentos são instintivos, buscando a sobrevivência, porém, a medida que se desenvolve, a criança precisa cada vez mais se relacionar com o ambiente para dele obter suporte necessário ao crescimento. O movimento é a maneira através da qual a criança existe, sendo papel do adulto proporcionar condições para que isso aconteça. Béziers(1994) traz uma contribuição neste sentido, enfocando o papel dos pais e educadores no auxílio à aquisição da posição em pé, de maneira coordenada. Lévy(1978), também contribuiu dando subsídios para as mães ou responsáveis pelo bebê. A autora divide sua obra em movimentos que podem ser desenvolvidos até os três meses de idade, de três a seis meses, seis a doze e de nove a quinze meses. As técnicas descritas pela autora foram elaboradas no decorrer da experiência de vários anos, adquirida junto a bebês deficientes ou apenas retardados, e principalmente junto a crianças normais cujo desenvolvimento é seguido, etapa por etapa, nos postos de puericultura e creches dos serviços da Proteção maternal e infantil de Paris.

Toda organização da coordenação motora de uma pessoa está impressa na maneira como ela se move ou não. Padrões de estabilizar o andar a partir dos ombros, por exemplo, não são resolvidos, portanto, com um simples relaxar. Vivências de falta de suporte estão impressas naquele ombro e se relacionam de maneira direta com toda a forma e percepção do próprio corpo que o indivíduo tem. A complexidade do ser

humano estende-se por todo assunto que a ele se refere. A Anatomia não poderia ser uma exceção.

### ROLFING E EXPERIÊNCIA SOMÁTICA

Várias são as possibilidades de aliar o trabalho do Rolfing a outros métodos. Rolfistas têm estudado Terapia Crânio-Sacral, Osteopatia, Manipulação Visceral, Função Tônica e Experiência Somática (SE®), entre outras abordagens, a fim de terem mais subsídios para compreender o movimento humano, sua aprendizagem e problemas dele decorrentes. A Drª Rolf também estudou vários assuntos para só então chegar ao Rolfing®. O trabalho de SE® foi escolhido, juntamente com o Rolfing®, para esta pesquisa de avaliação da Imagem Corporal, por dar ênfase às sensações corporais e associá-las a mecanismos da fisiologia do sistema nervoso, facilitando assim a leitura da mudança na estrutura física e comportamental dos clientes de Rolfing®.

Dentro das ciências médicas, a traumatologia é um ramo que se ocupa em pesquisar entre outros assuntos, os distúrbios decorrentes do estresse pós-traumático (DEPT). Os psiquiatras caracterizam o sujeito traumatizado como:

[...]a pessoa que experimentou, testemunhou ou foi confrontada com um evento ou eventos que envolveram realidade ou ameaça de morte, sérios ferimentos ou ameaça à integridade física do *self*. [...] resposta da pessoa envolvendo intenso medo, desamparo ou horror. (SCAER,2001, p.1).

Essa descrição, segundo o autor citado, é retirada do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* e é utilizada pelos traumatologistas para o diagnóstico de trauma.

O primeiro a descrever memórias traumáticas que assombravam alguns de seus pacientes, foi o neuropsiquiatra francês Charcot, em 1887. Tanto Charcot quanto seu colega Janet associaram as origens dos sintomas apresentados por pacientes com histeria a histórias de trauma na infância, esclarece Kolk(1996).

Scaer(2001) relata que o neuropsiquiatra austríaco, Sigmund Freud, adotou muito dos conceitos de Charcot e Janet, associando também a conversão em histeria como decorrente de abuso sexual na infância. Porém, quando Freud apresentou essa opinião para seus colegas de Viena, ele foi alvo de muita crítica. Segundo Scaer(2001), essa atitude dos colegas de Freud refletia a rigidez cultural do período Vitoriano e a falta de vontade da comunidade psiquiátrica em perceber o perverso abuso infantil existente na classe média daquela sociedade. Freud desenvolveu então sua teoria de psicanálise, reportando-se à histeria como decorrente da repressão da sexualidade infantil, tendo, desta forma, progressivamente abandonado o conceito de trauma como um distúrbio fisiológico da memória, associado à dissociação. Scaer(2001) refere que Freud passou a relacionar a histeria a uma ativa repressão sexual e também a fantasias agressivas com a mãe, decorrentes do complexo de Édipo, tendo ele negado a validade dos relatórios de seus pacientes histéricos, sobre o abuso sexual na infância. Scaer afirma que a aceitação da teoria psicanalítica, por quase toda a comunidade psiquiátrica, resultou, por oitenta anos, na rejeição da ligação dos efeitos do trauma do abuso de crianças com o desenvolvimento da personalidade, traços de caráter e doenças psiquiátricas. Scaer(2001) esclarece então que os efeitos das duas grandes guerras mundiais trouxeram de volta a realidade do fato de que a sobrecarga do trauma resulta numa profunda disfunção emocional, conclusão esta que ficou perdida pela prevalência dos conceitos da teoria psicanalítica.



Dentre as muitas pesquisas surgidas após o período mencionado acima, a Experiência Somática (SE®) foi uma delas. Pesquisas sobre trauma são estudos que levam tempo para serem validados, pois precisam investigar a vida de um indivíduo por um tempo considerável. Alguns dados sobre trauma entre os veteranos de guerra, por exemplo, foram recolhidos com base em questionários respondidos por eles, logo após a guerra, e 40 anos depois. O que temos atualmente sobre os resultados do SE® é o relato sobre a cura de pacientes atendidos por profissionais desse método. Esses resultados, porém, ainda não foram estatisticamente sistematizados. Temos, entretanto, o reconhecimento de alguns médicos sobre a eficiência do referido método utilizado com pacientes traumatizados. Um desses profissionais é o Dr. Scaer, que se reporta ao SE® como um método que "se mostra eficiente na resolução de traços do comportamento dissociativo, de maneira mais eficiente do que outras técnicas, além da atuação do mesmo na solução de dores crônicas, especialmente dor miofascial" .(2001, p.171).

A teoria do trauma de que o Dr. Levine se utiliza, segundo Scaer(2001), é a do modelo animal e da utilização das respostas de luta/fuga/congelamento. Levine notou que quando um animal não pode escapar de seu predador, a presa fica congelada ou entra num estado de imobilidade. Durante este estado, um alto nível de energia metabólica e neuroquímica da resposta de fuga continua presente, apesar da imobilidade. Se o animal sobrevive, a energia armazenada é então dissipada mediante estereótipos somáticos e respostas autônomas, incluindo tremores, transpiração e respiração profunda. Nos documentários sobre a vida selvagem, podemos ver um acontecimento curioso, que é o momento em que uma gazela, segundos antes de ser abocanhada por um guepardo, por exemplo, cai no chão sem ter sido tocada por ele.

Isto demonstra o estado de imobilidade em que o animal entra quando não tem opção de fugir ou lutar.

É um estado “meio morto meio vivo”, extremo que tem a função de, numa última tentativa, salvar a vida do animal.

Durante este período particular de suspensão da animação, todos os eventos neuroquímicos associados com as respostas de fuga/luta persistem, incluindo um alto estado de ativação do sistema límbico e ambos os ramos simpático e parassimpático do sistema nervoso autônomo. Se a presa sobrevive, isso irá provocar a descarga da energia de fuga/luta, por meio de tremor, transpiração e respiração profunda, efetivamente completando a truncada atividade somática e autônoma associada à fuga.(SCAER,2001, p.xxi.Tradução nossa).

Levine notou que os seres humanos tendem a não dissipar energia quando submetidos a esse estado, e conclui que:

[...]embora freqüentemente imobilizados diante da ameaça, os humanos raramente descarregam a energia de fuga/luta retida, talvez por causa dos centros cerebrais cognitivos altamente desenvolvidos, que tendem a suprimir muitos comportamentos instintivos ou por causa dos padrões culturais adquiridos.(in SCAER,2001. p.xxi).

Essa atitude, resultante do estoque de energia decorrente da ameaça, na teoria de Levine, se transforma no complexo processo fisiológico visto nos DEPT. O próprio autor, após longa pesquisa e prática, concluiu que:

Não vejo o distúrbio de estresse pós-traumático (DEPT) como uma patologia que deva ser gerenciada, suprimida, ou à qual as pessoas devam se ajustar, mas como o resultado de um processo natural que foi distorcido. (LEVINE,1999, p.18).

A idéia, portanto, que este pesquisador nos traz, é a da ligação entre os sintomas apresentados por pessoas traumatizadas, tais como somatização, negação, desregulação do afeto e depressão, como resposta ao trauma ocorrido. Levine se refere à memória traumática como geradora dos sintomas. O próprio Charcot, citado por Kolk(1996), se referiu às memórias traumáticas como "parasitas da mente", pelo fato de as pessoas traumatizadas apresentarem uma capacidade de integrar as experiências traumáticas com outros eventos da vida, de maneira generalizada, ou seja, sem capacidade discriminatória. Se o trauma vivenciado pela pessoa tinha um personagem masculino, qualquer relação com a figura masculina se apresentava com significados que não correspondiam à realidade. A memória traumática, desde a época de Charcot, já era caracterizada por não ser freqüentemente coerente, e por se apresentar com intensas emoções e impressões somatossensoriais, quando as vítimas eram submetidas a situações que as remetiam a lembranças do trauma.

Levine explica esses fatos quando enfatiza o papel da memória implícita ou de procedimento estocando a energia traumática e incorporando o processo cognitivo explícito a uma extensão limitada. Segundo o próprio autor:

Existem dois tipos de memória pertinentes ao trauma. Uma forma é parecida com uma câmera de vídeo, que grava os acontecimentos seqüencialmente. Ela é chamada de memória "explícita" (consciente) e guarda informações como o que você fez na festa de ontem à noite. A outra forma é o modo pelo qual o organismo humano organiza a experiência de acontecimentos importantes, por exemplo, o procedimento para andar de bicicleta. Esse tipo de memória é chamada "implícita" (de procedimento) e é inconsciente. Ela está relacionada com as coisas sobre as quais não pensamos; o nosso corpo apenas as realiza. (LEVINE,1999 p.179).

As pesquisas de Levine o levaram a concluir que a relevância do papel da memória para os seres humanos se dá na medida em que ela é fundamental para que as experiências tenham um significado. O autor se apóia em estudiosos do assunto para dar subsídios à sua hipótese e explica que a memória "não é uma seqüência linear dos fatos, ela depende de como o sujeito se sente no momento". Levine(1999) esclarece que "a mente seleciona cores, imagens, sons, cheiros, interpretações e respostas com ativação e tons de sentimentos semelhantes, e depois os traz para o primeiro plano em diversas combinações para produzir o que chamamos de memória".(p.180).

O Dr. Levine , dentro de seu método, utiliza-se do "*felt sense*" para acessar e perseguir essas memórias associadas ao trauma. Este termo foi cunhado por Eugene Gendlin, Ph.D., em sua obra *Focusing* ,de 1981, e é definido pelo próprio Eugene como:

"*felt sense* não é uma experiência mental, mas sim corporal. É uma consciência corporal da pessoa, da situação ou do evento. É uma aura interna que inclui tudo que você sente e sabe sobre o assunto dado, num dado tempo - incluindo, e comunicando a você, tudo, detalhe por detalhe". (citado em LEVINE,1997. Tradução nossa).

Neste ponto de nossa dissertação, chamamos a atenção para o termo acima definido. Durante uma sessão de Rolfing, várias informações são passadas para o cliente. São informações verbais de comando para a execução de determinados movimentos, assim como informações táteis dadas pela manipulação do tecido conjuntivo. Muitas vezes, tanto os movimentos quanto as manipulações suscitam lembranças no cliente, decorrentes de sobrecarga do sistema nervoso. Muitas são as pessoas atualmente que apresentam o diagnóstico médico de "estresse". O trabalho em SE® nos dá uma ferramenta importante de "descarga" do estresse, à medida que desenvolve o "*felt sense*" do cliente. Acreditamos que, a capacidade de identificar,

definir e então lidar com as sensações decorrentes deste trabalho corporal, faz parte de um processo educacional que pode ser utilizado por outros trabalhos corporais.

Na vida selvagem, o perigo é facilmente detectado, porém com a estruturação de nossa sociedade e hábitos culturais dela decorrentes, não identificamos tudo que nos ameaça como um perigo capaz de acionar um mecanismo que ainda faz parte de nossa fisiologia. De maneira bem simplificada, tudo que em nossa vida é recebido pelo nosso sistema como "demais", nos sobrecarrega. Toda experiência que acontece cedo demais ou rápido demais, nos faz acionar um mecanismo de alerta. Este estado diz respeito a algumas adaptações que o corpo faz, diante de uma emergência, e consiste, de maneira simplificada, em: "o fígado mobiliza glicogênio provocando um aumento de açúcar no sangue, vasoconstrição na pele e nas vísceras, vasodilatação na musculatura esquelética, aumento do pulso, da pressão arterial e da frequência cardíaca". (SCAER,2001, p. 10).

Um trabalho de consciência corporal, que considera as sensações "sentidas" (*felt sense*), tem a capacidade de desenvolver ferramentas para que o aluno lide com as diversas situações de sobrecarga decorrentes da vida diária e, desta forma, saiba se orientar em função das constantes informações que chegam a todo instante pelos sentidos, entre outras vias.

Assim sendo, o enfoque que o SE® sugere para a apreciação do movimento, proporciona o uso desta abordagem em qualquer área educacional. Pessoas podem ser iniciadas ou encaminhadas em seu processo de auto-conhecimento para a transformação, sendo a avaliação feita mediante a mudança na qualidade de movimento, na sensação e no comportamento do sujeito.

Uma outra consideração que Levine faz em seu trabalho de pesquisa, é o conceito de limite dado pelas sensações corporais.

Scaer(2001) explica este conceito da seguinte maneira:

Nós todos vivemos em um mundo pequeno e seguro, que nós próprios definimos como invisível, mas com barreiras bem reais ou limites. Estes limites são formados pelas nossas experiências coletivas com o mundo que nos rodeia, algumas das quais são positivas e recompensadoras, outras são negativas ou punitivas. Experiências negativas são associadas com dor, a qual pode ser óbvia como um desconforto físico, ou sutil como a retirada de uma recompensa. Talvez uma das dores mais primárias que nós freqüentemente experimentamos, seja a desaprovação de nossa mãe ao nosso comportamento infantil e irritante, produzindo vergonha e criando talvez o primeiro limite entre a percepção da conexão mãe e filho. Todos os nossos sentidos - olfato, visão, audição, informação vestibular, paladar, toque e propriocepção - contribuem para a formação destes limites que, eventualmente, nos dizem onde nós, como um todo perceptivo terminamos, e onde o resto do mundo começa.(p.3, tradução nossa).

Scaer(2001) refere que, enquanto a criança se desenvolve, ela recebe informação positiva ou negativa das experiências sensoriais que contribuem para a percepção inconsciente de um limite de segurança. O autor acrescenta que vivências dolorosas ou desprazerosas nos impedem de ir além dos limites criados pela experiência.

Tanto o *felt sense* como os limites vão sendo reconhecidos e desenvolvidos durante o trabalho de experiência somática. São conceitos primários que podem ser utilizados em outras abordagens corporais, porque tratam da história do sujeito, inscrita nos movimentos, nas emoções e na maneira de pensar.

O Dr. Levine chamou, ao conjunto de sensações desprazerosas ou desconfortáveis que uma pessoa experimenta, em trabalho de SE®, de "vórtice do

trauma". Ao conjunto de sensações confortáveis ou de prazer, chamou "vórtice de cura" ou "contra vórtice". A palavra vórtice foi inspirada na observação da natureza. Quando a margem de um rio é interrompida, o fluxo da correnteza desvia-se um pouco para esse local formando um vórtice, ou seja, uma espécie de turbilhão. Todo o trabalho deste autor é feito a partir de analogias com a natureza. Tanto o "vórtice de cura" como o do trauma relacionam-se dentro de uma dinâmica, a que o autor deu o nome de "dinâmicas de acoplamento", se referindo à maneira como alguns elementos da percepção se associam, em função das experiências vividas pelo sujeito. Fazem parte destes elementos a sensação, a imagem, o comportamento, o afeto e o significado.

Segundo Levine(1997), as **sensações** nos são dadas por:

Sentido **cinestésico**, reconhecido por meio da tensão muscular e impulsos de movimento.

Sentido **proprioceptivo**, reconhecida por meio das articulações,

Sentido vestibular, reconhecido através do ouvido interno, que nos permite integrar os sentidos **cinestésico** e **proprioceptiva** no tempo e na gravidade.

Sentido **autônômico** ou **visceral**, reconhecido por meio da temperatura, digestão, sons dos órgãos internos, movimento dos olhos, ritmo cardíaco, tremores e outras funções involuntárias.

O autor comenta que toda sensação, quando reconhecida pelo sujeito, é expressa mediante adjetivos, e esse vocabulário, se não foi aprendido no desenvolvimento do indivíduo, pode ser feito durante um trabalho corporal.

Ainda para esse autor, imagens são representações internas de um estímulo sensorio externo que inclui informações vindas dos sentidos da visão, do tato, do paladar, da audição e do olfato.

O **comportamento** para Levine inclui :

**Movimentos voluntários.** Exemplo: A pessoa enquanto fala, faz movimentos com as mãos.

**Expressões emocionais** incluindo expressões faciais.

**Mudanças posturais** sutis, tais como: pequenos movimentos da cabeça, dos ombros e alongamento da espinha, entre outros.

**Movimento intencional**, cuja caracterização se dá por movimentos preparatórios que ocorrem antes dos movimentos habitualmente percebidos pelo senso comum. Esse autor comenta que o movimento intencional é decorrente de informações armazenadas no hipocampo e na amígdala.

**Movimento Autônômico**, caracterizado por dilatação da pupila, mudança na coloração da pele, suor, mudanças na frequência cardíaca e tremores, entre outros sintomas.

**Movimentos Simbólicos** vindos, segundo o autor, do inconsciente coletivo. Aparecem involuntariamente e são apenas reconhecidos quando apontados por outra pessoa. Incluem mudras espirituais, tais como: o tocar dos dedos das mãos, palmas das mãos abertas sobre os joelhos, entre outros, e gestos ou movimentos arquetípicos que incluem "mãe segurando bebê", "postura de guerreiro", etc.



O **afeto** é classificado por Levine como:

**Fortes emoções** incluindo medo, raiva, desamparo, gratificação, etc. De acordo com o autor, existem pelo menos 500 estados emocionais distintos.

**Nuances de afeto** incluem sensações muito sutis de tons e humores que freqüentemente são imperceptíveis para muitos de nós. A pessoa pode ficar apreensiva, agitada, com calor, sentir-se aconchegada, ou mesmo exultante.

**Emoções primárias**, que o autor esclarece serem respostas reveladoras de um novo sentimento sobre alguma coisa. Referem-se a um sentimento novo e espontâneo em relação à situação vivida.

**Emoções secundárias** descritas como uma seqüência truncada de emoções. Experimentadas como algo repetitivo, fixo ou velho. Existe a impressão de ser uma reencenação.

O **significado** inclui crenças, interpretações, funções cognitivas, julgamento, análise, pensamentos e conhecimentos, de maneira geral.

O autor afirma que, em psicoterapia, freqüentemente o trabalho é feito primeiro com o significado. Ele esclarece que, fazendo desta maneira, o significado é tratado cognitivamente, e o sentido do corpo é ignorado.

Essas dinâmicas de relacionamento entre os vórtices foram classificadas em "dinâmicas de sobre acoplamento", quando estes elementos citados acima ficam sobrepostos, dificultando uma percepção que possa discriminar cada um deles. "Dinâmica de sob acoplamento" é quando não há conexão entre esses mesmos elementos, ou o sujeito nem considera a existência deles.

Simplificando bastante o significado destas dinâmicas, poderíamos associar o sobre acoplamento com uma sobrecarga ou um acúmulo de tensões. Em trabalho corporal, é muito comum as pessoas se queixarem de tensão, podendo-se perceber, com base no trabalho de pesquisa em SE®, que principalmente uma dor que se repete e não é solucionada com períodos curtos ou longos de descanso, relaxamento ou alongamento, pode estar relacionada a sobrecargas que precisam ser adequadamente endereçadas por profissionais treinados.

O sob acoplamento poderia, então, ser associado, de maneira muito simplificada também, à sobrecarga instalada e que não foi resolvida, ocasionando uma fragmentação, dissociação, ou seja, a pessoa se "desliga" de si mesma, parcial ou totalmente, que acarreta falta de percepção do próprio corpo, tal como a não percepção de algumas partes ou não percepção da conexão mente/corpo. Scaer(2001), esclarece que dissociação é um termo comumente utilizado por psicólogos, e definido como:

[...]um processo inconsciente através do qual um grupo de processos mentais é separado do resto dos processos de pensamento, resultando numa função independente deste processo e na perda de relações usuais: por exemplo, a separação do afeto da cognição .(p.19, tradução nossa).

Em trabalho corporal, a dissociação é identificada quando, por exemplo, o sujeito só sente um lado do corpo ou sente parte de um segmento corporal, mas não sua continuação, entre outros.

O elemento chave dessas duas "dinâmicas de acoplamento" é o que o autor chama de recurso, que pode ser entendido como as habilidades e as ferramentas que uma

pessoa tem para lidar com suas tensões ou desconforto. Isso inclui as qualidades pessoais de cada um, as atividades que o indivíduo identifica como prazerosas, assim como a companhia de pessoas que lhe dêem suporte.

O trabalho corporal e as conquistas dele decorrentes cumprem a função de aumentar o recurso pessoal do sujeito. À medida que identifica suas sensações e as associa ou não a um contexto, fica mais clara a ligação entre esses elementos da percepção já citados.

Finalmente, o trabalho do Dr. Levine visa a uma renegociação, ou seja, um restabelecimento do trânsito entre o processo de ativação do sistema nervoso e o de descarga, próprios da fisiologia normal. O "sinal verde" para este trânsito são os recursos, e o veículo condutor é o "*felt sense*". Quando existe a renegociação, a pessoa então começa a experimentar modificação dos sintomas. Não é um processo simples, como se afirmou nesta breve exposição, e, às vezes, dependendo da natureza, da categoria a que o trauma pertence, leva tempo até a pessoa recompor-se plenamente.

Não é nossa intenção entrar em detalhes sobre a teoria/técnica em si. A explanação feita tem o objetivo de informar ao leitor sobre a existência de tal trabalho, assim como apreender o papel essencial das sensações, na intervenção realizada nesta pesquisa.

### 3- A IMAGEM CORPORAL

A imagem do corpo tem sido descrita, no decorrer da história, mediante constatações práticas de diversos profissionais. Schilder(1999), por exemplo, acrescentou, às idéias fisiológicas já existentes sobre Imagem Corporal, o aspecto social, além de rever o aspecto emocional. Sobre o aspecto social, Schilder relaciona a maneira como os objetos são incorporados à imagem do corpo. Ele relata que a imagem corporal de uma mulher pode se estender até à ponta da pena de seu chapéu. Afirma também que nosso aparelho perceptor pode constatar a consistência de um doce em uma panela, por meio da colher que o mexe. Sentimos, então, por intermédio da colher. A análise do aspecto social também vem da constatação das necessidades que as pessoas têm de se utilizar de objetos da cultura, conscientemente ou não, a fim de demonstrar ou sinalizar que pertencem a esse ou àquele grupo. Da mesma forma que o sistema nervoso amadurece e a psiquê se constrói, a imagem social do corpo se dá nas relações com as coisas e as pessoas: roupas, acessórios, carros, televisão, computador, enfim, tudo o que estiver disponível no mundo, no momento, e a que a pessoa possa ter acesso. Sub-liminarmente a estas observações, Schilder acrescenta que o aspecto social da imagem do corpo se dá na troca de informações entre as personalidades das pessoas.

A Imagem do corpo é um assunto que nos coloca, portanto, diante de uma maneira não linear de pensar. Quando se discute Imagem Corporal, um plano único dá lugar à tridimensão. Três dimensões de um mesmo corpo, três dimensões de um conceito. A presença das dimensões anterior/posterior, direita/esquerda, superior/inferior, nos põe em contato com a sensação física de volume interno

corporal e, da mesma maneira, concebemos os vários aspectos de uma mesma imagem de corpo.

Apesar de inserido em um contexto não sistêmico, em decorrência do período em que viveu e produziu sua obra, Paul Schilder teve a capacidade de estabelecer um conceito essencialmente sistêmico. Talvez por fazer parte da natureza intrínseca do ser humano, alguns representantes de nossa espécie foram capazes de assim se expressar, independente da época em que viveram.

O pensamento sistêmico permite que todas as áreas do conhecimento possam ter um *insight* a respeito da existência ou sobre algumas questões existenciais que inquietam o homem.

De natureza fisiológica, libidinal e social, Schilder(1999) chamou nossa atenção sobre a inter-relação destes aspectos constituintes da Imagem Corporal, acreditando não existir separação entre o orgânico e o funcional.

### CONTRIBUIÇÃO DA FISIOLOGIA

Como um complexo organizado, o ser humano é o único organismo vivo que, desde muito tempo, se ocupa em desvendar a própria existência.

Os mecanismos corporais e suas implicações relacionadas à saúde e doença sempre despertaram a curiosidade do homem, que, aos poucos, foi dando nome às coisas e especificando cada vez mais o conhecimento.

Como veremos a seguir, a história da Imagem Corporal está inicialmente inserida num caminho traçado pela medicina, e como tal teve sua realidade transformada à medida que as pesquisas foram se desenvolvendo. Este fato não nos põe em um lugar estático em relação aos dados já revelados. Esta é uma área de

pesquisa que necessita de muitas respostas ainda, principalmente no que diz respeito à sua relação com o movimento.

Segundo Kandel(1997), a compreensão do cérebro, para o século XXI, terá a mesma importância que teve a compreensão da célula no século XIX, ou mesmo o estudo dos genes, no século XX.

Apesar de ser previsto para o século XXI, o estudo da maior compreensão do funcionamento do cérebro nutre a curiosidade humana desde quando o tecido neural era considerado como tendo função glandular. Essa idéia, a mesma da Antigüidade, quando Galeno propôs que os nervos seriam condutos que levariam fluidos secretados pelo cérebro e medula espinhal para a periferia do corpo, só foi modificada com a invenção do microscópio, quando a verdadeira estrutura celular do tecido neural foi demonstrada.

A descrição detalhada da estrutura das células neurais pelo médico italiano Camillo Golgi e pelo histologista espanhol Santiago Cajal mostrou tanto que o "tecido neural não era uma massa contínua mas ,sim, uma rede de células contínuas" (p.6) quanto revelou a estrutura do neurônio. Com o médico e físico Galvani, no final do século XVIII, nasce a idéia de que "as células excitáveis, musculares e neurais, enquanto vivas, produzem eletricidade".(KANDEL,1997,p.6). Outros pesquisadores, mais adiante, descobriram que a atividade elétrica de uma célula neural influencia a atividade de outra, de forma previsível.

A demonstração da influência de substâncias químicas interagindo com receptores específicos nas células, no final do século XIX, mudou nossa compreensão do sistema nervoso e do comportamento. Descartes já investigava questões fundamentais, especialmente na área da percepção. Se por um lado Descartes, com esses estudos sobre a percepção e o comportamento, separa a mente do cérebro e do

corpo, como nos fala Damásio(1996), por outro dá um grande passo no sentido de inaugurar o pensamento sobre as coisas existentes dentro do homem e não somente fora, como era o da época, muito influenciado pela religião.

A primeira tentativa de reunir conceitos biológicos e psicológicos, no estudo do comportamento, ocorreu quando o neuroanatomista Gall propôs que regiões distintas do córtex cerebral controlariam funções específicas. Ele pensava que os comportamentos humanos mais abstratos estariam em áreas distintas do cérebro. Pierre Flourens, na França, submeteu essas idéias 'a prova e constatou que regiões cerebrais específicas não são as únicas responsáveis por comportamentos específicos, mas que todas as regiões cerebrais participam de cada função mental. Esse mesmo pesquisador acreditou que toda percepção ocupava o mesmo lugar no cérebro, hipótese essa questionada pelo neurobiologista Jackson, que, com base na observação clínica de pacientes epiléticos, mostrou que processos sensoriais e motores distintos se localizavam em diferentes regiões do córtex cerebral. Esse pensamento, mais tarde, evoluiu para a idéia de que diferentes comportamentos são mediados por regiões cerebrais distintas, interligadas por vias neurais específicas.

Da mesma forma que as descobertas sobre o funcionamento do cérebro foram sendo feitas ao longo da história, o estudo da linguagem, função que mais nos caracteriza como humanos, realmente se deu margeando esses pensamentos (verdades relativas), que foram se modificando com o avanço das pesquisas.

O neurologista britânico Henry Head desenvolveu suas pesquisas numa época em que se tinha a idéia de que a mente seria inteiramente biológica. Nesse período, acreditava-se que as faculdades de perceber, conceber e querer eram capacidades essencialmente únicas. Essa hipótese pressupunha que todas as percepções ocupavam o mesmo local no cérebro. Por estar inserido nesse contexto, Head acreditava que o

esquema do corpo era "uma intuição de conjunto respondendo 'a situação presente do corpo e que toda mudança de atitude faz variar". (LE BOULCH,1983,p.22). Para Head, o esquema corporal responderia 'a totalização e unificação das sensibilidades orgânicas e, em particular, das impressões posturais. Especialmente a posição do corpo era, para ele, a base do modelo postural.

Alguns cientistas dessa época se ocupavam em pesquisar um local específico para determinada função, por exemplo, o professor de Psicologia de Harvard, Lashley, procurava o local onde aconteceria o aprendizado, fazendo experiências com ratos, em labirintos. Porém, o que ele pôde verificar, foi que o aprendizado e outras funções mentais não teriam localização cerebral específica e, conseqüentemente, não poderiam ser relacionados a coleções especiais de neurônios. Valendo-se dessa constatação, então, os cientistas deixaram de dar importância individual para cada neurônio, não sendo mais as conexões neuronais consideradas específicas, assim como as regiões cerebrais não poderiam mais ser tratadas \*como distintas. "Começamos então a considerar que a massa cerebral e não seus componentes neuronais seriam importantes para o funcionamento cerebral".(KANDEL,1997,p.12).

Guiado por esse raciocínio, Henry Head, junto com Goldstein, afirmou que os distúrbios da linguagem não poderiam ser atribuídos então a lesões em locais específicos, mas poderiam resultar de lesões em quase todas as áreas corticais.

Até os dias atuais, os resultados de Head e outros têm sido gradativamente reinterpretados, tanto no que diz respeito à adequação dos testes que deram resultado às pesquisas, quanto à existência de áreas funcionalmente específicas, já que foram definidos alguns critérios para esses locais. Por exemplo: o tipo de célula, as conexões de chegada e saída, e a função fisiológica, o que caracterizou assim certa especificidade da região.



Kandel(1997), escreve que estudos recentes sugerem que a especialização regional é princípio básico da organização cortical e que o cérebro é dividido em número maior de regiões funcionais que as identificadas por Brodmann.

Das pesquisas feitas pelo neurologista e psicólogo Wernicke, que estudava a afasia e construiu um modelo, ainda utilizado nos dias atuais, de como o cérebro processa a linguagem, temos o pensamento de que as informações são transformadas em representação. Após esta, a informação é conduzida para áreas específicas do cérebro, onde é associada a um significado, antes de ser transformada, em uma outra área, em ação.

No que diz respeito ao esquema do corpo, o conceito evoluiu de uma intuição para uma representação, e, ao invés de responder à totalização das sensibilidades orgânicas e impressões posturais somente, o esquema corporal é nutrido por múltiplos dados sensoriais vindos tanto de dentro do corpo como do meio no qual está inserido. Segundo Le Boulch(1983), o esquema do corpo representa uma vasta síntese dos dados sensíveis. Acreditamos também que tal esquema não só é concebido em uma área específica do cérebro, como a informação advém de todo o corpo.

Chamamos aqui a atenção para a palavra "representação", cujo significado é tornar presente à nossa consciência aquilo a que ela se refere. Não precisamos necessariamente da presença física dos objetos, pois com a linguagem criamos um mundo de idéias que nos permite lembrar o que já se passou e projetar o que será. Sobre esse aspecto, também deve ser considerado o inconsciente na mecânica das representações, que, só a partir das idéias de Freud, passam a fazer parte da ciência.

Atualmente aceitamos a idéia de que os processos mentais são compostos por diversos componentes, representados por várias vias neurais. Todas as funções mentais são divisíveis em subfunções. Experimentamos os processos mentais como

operações unificadas, instantâneas e indivisíveis, apesar de serem processos compostos por diversos componentes. O conhecimento não é armazenado como representações gerais, mas é subdividido em diversas categorias.

O exemplo mais surpreendente da estrutura combinatória dos processos mentais é o achado de que o nosso próprio sentimento de nós mesmos, como um eu (*self*) - um ser coerente -, depende das conexões neurais entre operações distintas, desenvolvidas independentemente nos dois hemisférios cerebrais.(KANDEL,1997,p.15).

Kandel também enfatiza que só começou agora a compreensão de como um comportamento complexo é representado no cérebro. Enfatiza ainda que um dos maiores enigmas da Biologia é a representação neural da consciência e do conhecimento do eu.

Para termos uma idéia mais clara do que venha a ser uma representação, nos utilizamos dos estudos de Damásio(1996). Este autor esclarece que, para podermos compreender o que venha a ser esse processo, precisamos ter em mente, primeiramente, que o corpo e o cérebro "formam um organismo indissociável"(p.114). Damásio(1996) afirma também que cada músculo, articulação e órgão interno podem enviar sinais para o cérebro através dos nervos periféricos. Ele diz que esses sinais entram no cérebro no nível da medula espinhal ou do tronco cerebral e são transportados para seu interior até os córtices somatossensoriais. O autor pontua que não somente os nervos periféricos enviam sinais com informações para o cérebro, mas também a corrente sanguínea transporta sinais de origem química, como os hormônios, neurotransmissores e neuromoduladores. O cérebro, por sua vez, utiliza-se dos vários córtices motores e núcleos motores subcorticais para enviar respostas ao sistema nervoso músculo-esquelético. A amígdala, o cíngulo, o hipotálamo e o tronco cerebral,

por sua vez, enviam sinais de resposta do cérebro para o sistema nervoso autônomo, ou visceral.

Damásio(1996) acrescenta que a parceria cérebro/corpo interage, através desses sinais, com o ambiente, produzindo "respostas externas espontâneas ou reativas que no seu conjunto, são conhecidas como comportamento"(p.114). Até aqui temos uma etapa do processo que ocorre também com organismos simples de apenas uma célula ou mesmo sem cérebro. O autor esclarece que os seres humanos, como organismo complexo que são, além de produzirem comportamentos, também produzem imagens como respostas internas.

Damásio(2000) também se refere às imagens como "padrões mentais com uma estrutura construída com os sinais provenientes de cada uma das modalidades sensoriais - visual, auditiva, olfativa, gustatória e sômato-sensitiva" (p.402). O autor também esclarece que, quando fala da modalidade sômato-sensitiva, esta inclui muitas formas de percepção, tais como o tato, a temperatura, a dor, além da muscular, visceral e vestibular.

Lembramo-nos aqui da maneira como Schilder(1999) apresenta a imagem do corpo, narrando que a sua figuração na nossa mente, recebe informações provenientes dos músculos e seus invólucros, das vísceras, impressões táteis, térmicas e de dor.

Até este momento, podemos então compreender que o cérebro interage com o corpo e vice-versa, assim como o conjunto cérebro/corpo interage com o ambiente, produzindo não somente comportamentos, mas também imagens. Segundo Damásio(1996), nossos organismos complexos não somente processam imagens, mas também "possuem a capacidade de exibir essas imagens internamente e de ordenar essas imagens num processo chamado pensamento"(p.116).

Até esta etapa, temos a referência da neurociência para apoiar os elementos: imagem, comportamento e significado, que Levine(1997) pontua como constituintes de nossa percepção.

Damásio esclarece que as imagens surgem a partir de representações que não são cópias do que estamos vendo, sentindo, cheirando, ouvindo ou tocando, mas são "construções do cérebro inspiradas por um objeto" (2000,p.406). Ele acrescenta que, nas representações, existe "um conjunto de correspondências entre características físicas do objeto e modos de reação do organismo"(2000,p.406). Desta maneira, uma imagem gerada internamente é construída ou representada.

Os esforços infrutíferos feitos pelo pesquisador Lashley, na tentativa de localizar exatamente a memória no cérebro, levaram os cientistas Edelman, Rosenfield, Ahsen e outros, a concluir que a memória não é um instrumento de registro preciso como pensavam, justamente pelo fato de se utilizar de representações. Akhter Ahsen mostrou, em seus estudos, que ao invés de registrar uma sequência linear de fatos, a memória é mais como um quebra-cabeça, que seleciona suas peças de acordo com a sensação do sujeito, no momento.

Atualmente, as pesquisas da ciência do cérebro chegaram a considerar que possa haver uma descrição possível do que caracterizaria o eu de uma pessoa, fato este só possível anteriormente através da psicanálise. Este eu, ao qual Damásio se refere, é descrito "como se de fato existisse um proprietário e conhecedor central para a maioria, mas não todos, dos conteúdos mentais"(1996,p.269). Nota-se aqui uma necessidade de pontuar a existência de um centro, situado a princípio no cérebro, mais importante do que o resto, que teoricamente seria o corpo. A experiência corporal dos sentimentos e outras reações, entretanto, é percebida por meio das vísceras, que realmente nos dão o sentido de quem somos, do eu. Uma criança, quando

aprende a referir-se a si mesma, tem o comportamento de tocar em sua própria barriga, local de onde surge a maioria de suas necessidades. Se este não é um fato largamente defendido pela ciência, podemos, como estudiosos do movimento, atentar para este detalhe.

De acordo com o mesmo autor, a base para a existência do eu "consistiria na reativação contínua de pelo menos dois conjuntos de representações".

(DAMÁSIO,1996,p.270). O primeiro conjunto de representação do eu, segundo este autor, diz respeito às representações de acontecimentos-chave na autobiografia do indivíduo, aos fatos únicos do passado, que são constantemente ativados, à memória recente, que, além dos acontecimentos atuais, engloba a continuidade temporal aproximada deles e o conjunto de alguns acontecimentos imaginários, que queremos que ocorram. O segundo conjunto de representação do eu consistiria nas representações primordiais do corpo.

Damásio(1996) se reporta a este último conjunto como constituído dos sentimentos de fundo do corpo, dos sentimentos emocionais. Fazem parte também deste conjunto os sinais iniciais do corpo, tanto na evolução da espécie quanto no desenvolvimento individual.

Por primordiais, iniciais, o autor quer dizer as primeiras experiências da vida do sujeito, que são diferentes das experiências do adulto. O que experimentamos na infância depende de um mecanismo pré-organizado, e como adultos já usufruímos de experiências que foram construídas sobre as fundações das experiências iniciais; essas experiências do adulto sugerem um processo mental de avaliação voluntário e não comandado por mecanismos automáticos como os característicos da infância. A partir destas afirmações, podemos nos reportar ao conceito de trauma, de Levine(1999), e considerar que a sobrecarga dos primeiros momentos de vida, assim

como no decorrer da infância, tem efeitos consideráveis, muito diferentes dos que teria para um adulto.

Damásio(1996) pontua que os sinais iniciais do corpo, citados acima, ajudariam a formar um "conceito básico" do eu, que constituiria a estrutura de referência de todo o resto que pudesse acontecer ao organismo, incluindo os estados atuais do corpo, que foram continuamente integrados no conceito do eu".

Após serem discutidas essas bases para a representação neural do eu, Damásio(1996) toca num ponto curioso, para o qual as pesquisas sobre essas bases do eu estão conduzindo os cientistas. Este aspecto se refere ao modo como a subjetividade seria formada. Falamos curioso porque as pesquisas sugerem que a subjetividade está intrinsecamente relacionada a "alterações no estado do corpo durante e após o processamento do objeto". Para podermos elucidar um pouco mais essa questão, precisamos ter em mente que o conceito do eu descrito acima é um fato atualizado a todo momento. Não é uma fotografia que fica guardada sem mudar sua forma. Damásio(1996) acredita que, durante o processamento de um objeto, no qual vários circuitos de diversas regiões são alterados, essas mudanças provocariam um conjunto de alterações no estado do organismo. Essas mudanças alterariam momentaneamente a imagem corporal, que, por sua vez, perturbaria a representação atual do conceito do eu, que, como já foi mencionado, não é estático e atualiza-se em função das experiências.

## CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA

Não só a Neurociência nos aponta caminhos para a compreensão da Imagem Corporal, mas também a Psicologia nos sugere muitos dados.

Utilizamos-nos de diversos mecanismos complexos de abstração para construir o modelo de um aparelho denominado psíquico, que só agora começa a ser revelado na Neurociência, mas que há muito tempo interessa aos psicólogos e psicanalistas.

A Imagem Corporal é a maneira como o corpo se apresenta para nós. As informações provenientes primariamente de sensações dadas pela atividade das vísceras, pelos movimentos de nossos músculos e de todo tecido que os reveste, que os liga aos ossos, mais os sentidos e as sensações que são captadas por nossa pele, secundariamente, formam uma imagem mais subjetiva do corpo, no sentido de ser constituída de símbolos e projeções que só vamos adquirindo de maneira ordenada, à medida que vivenciamos a satisfação de nossas necessidades e desejos.

O modo pelo qual nos percebemos, inicialmente, depende de quem cuida de nós. Isto porque não sabemos que somos alguém, a não ser que este alguém estabeleça um contato. Um estado total de fusão, mesmo saído do útero, pode, entretanto, transformar-se em constantes processos de diferenciação ao longo de toda a vida. Para isso, necessitamos perceber os limites do próprio corpo, a partir das sensações corporais. Lapierre e Aucouturier pontuam que "o reconhecimento de um objeto pelo tato se dá não pelo objeto em si mas a partir das sensações corporais que ele provoca".(1984,p.10).

Vendo alguém recém-nascido, somos levados a supor a existência daquele sujeito. Apesar de olharmos para aquele alguém, sabermos que existe, ele não sabe e só irá estabelecer esse conhecimento na relação com o outro, no mundo. Se

primitivamente essa relação se dá no útero e posteriormente no acariciamento da pele, na satisfação da fome e do asseio, a seguir ela se dará com objetos próximos, depois com outros mais distantes, sempre sob a influência do ambiente circundante e, principalmente, pela maneira como é estabelecida essa relação.

As pesquisas de Freud muito contribuíram para a compreensão de aspectos sensíveis do ser humano. No ensaio *O Ego e o Id*, em 1923, por exemplo, Freud propõe uma explanação sobre a estrutura e o funcionamento mentais. Considera o Ego como a instância psíquica que se diferencia do Id (centro dos impulsos e paixões) a partir do contato com o mundo externo.

Também em 1923, o neurologista, filósofo e psiquiatra Paul Schilder desenvolveu seus estudos. Para Schilder(1999), quando percebemos ou imaginamos um objeto, não operamos meramente como agentes perceptivos, mas sim como personalidades em comunicação com o meio ambiente. Schilder reconhece o enorme alargamento de horizontes que a Psicologia alcançou com a contribuição de Freud, porém, discorda dele no que diz respeito à aceitação de uma teoria psicanalítica como um todo. Para Freud, nossos desejos tentam, em parte, nos levar de volta a um estado anterior, e a um estado de repouso. Schilder, por outro lado, insiste no caráter construtivo das forças psíquicas e se recusa a fazer da "idéia de regressão" o centro de uma teoria do comportamento humano.

Schilder(1999) se apresenta como o organizador dos conhecimentos pré-existentes acerca da relação entre psiquê e soma. Constrói alguns de seus conceitos, com base nas idéias de Henry Head, porém discorda dele, especialmente ao integrar o nível psíquico, a personalidade e o nível social aos níveis anatomofisiológicos já admitidos. Sem menosprezar os dados neurológicos que descrevem os mecanismos de



ação das estruturas perceptivas e cognitivas, Schilder postula, apoiando-se na psicanálise, que a percepção é um processo no qual a pessoa está envolvida por inteiro e, assim, cada movimento humano, cada mínima transferência de peso, qualquer gesto simples pode ser lido como linguagem do corpo e, portanto, revelar aspectos da vida interior do sujeito.

À luz da teoria psicanalítica de Freud, Schilder(1999) constrói suas concepções acerca da imagem corporal . Freud diz que a libido (energia sexual) pertencente ao nosso próprio corpo chama-se libido narcisista. A princípio, a libido é dada ao corpo como um todo ( o feto e o recém-nascido têm apenas libido narcisista). Neste estágio a criança se interessa apenas por si, sem se preocupar com o mundo externo. Após essa fase, segue-se uma fase auto-erótica, na qual a libido é concentrada em partes do corpo que têm significação erógena especial. Primeiro existe uma libido oral por meio da qual a criança aprecia irritações provenientes da boca. Neste período, o organismo tenta incorporar o mundo externo. A criança aprecia sua própria atividade motora e as sensações provenientes da pele. A presença do mundo externo é considerada a partir da experiência de satisfação. Há um erotismo muscular e cutâneo. Neste mesmo período, os genitais parecem ser fonte de um prazer especial, de sentido puramente auto-erótico. As sensações da uretra e do ânus completam o quadro.

"A libido narcisista tem como objeto, a imagem do corpo. Corpo e mundo são experiências interconectadas".(SCHILDER,1999,p.137). A fronteira entre corpo e mundo não está claramente definida, será então mais fácil perceber uma parte do corpo no mundo do que uma parte do mundo no corpo. Mais tarde, na fase adulta, também o corpo e o mundo estarão em constante intercâmbio.

O autor esclarece que o mundo externo é percebido um pouco mais tarde. Por volta dos três anos, podem ocorrer tendências anais e homossexuais em relação aos objetos externos. Segundo ele, com o desenvolvimento do complexo de Édipo, os objetos assumem contorno mais nítido. Na conquista do mundo externo, os genitais adquirem nova significação e se tornam a principal zona libidinal do corpo. Nesta fase do desenvolvimento, o autor explica que surge uma compreensão total do próprio corpo, como sendo algo oposto ao mundo externo; a figuração do corpo é reestruturada e temos aí o narcisismo secundário. Para Schilder(1999), o narcisismo é visto como "um grande reservatório energético que empresta parte de seu conteúdo para os objetos".(p.134). A energia que foi retirada desse reservatório, pontua o autor, pode ser trazida de volta a qualquer momento. Segundo ele, o fluxo libidinal de energia influenciará grandemente a imagem corporal. Em uma etapa mais avançada na vida da criança, ela se torna capaz de projetar a sua libido sobre outra pessoa e realmente amar alguém.

Com o desenvolvimento do complexo de Édipo, a criança se interessa pela preservação do objeto de amor. O sadismo se torna uma arma para dominar esse objeto e manter o rival afastado. O ego (que tem por função a autopreservação), é um sistema de percepção e representações conscientes de suas respostas motoras; sua constituição está intimamente associada à imagem do corpo, ao modo como vão se organizando as experiências infantis acerca das zonas erógenas, da dor e da capacidade de movimentação livre e relaxada. As ações do ego perceptivo como Schilder afirma, manifestadas nos movimentos de agarrar, apalpar e sugar, terão uma enorme influência sobre a estrutura da imagem corporal.

Ao longo dos anos, uma pessoa terá oportunidade de criar, destruir e constantemente reorganizar a própria imagem corporal, com base na imitação e na observação de outras pessoas. Neste contato interpessoal, as zonas mais sensíveis ou erógenas estão em primeiro plano, pois é por meio delas que se efetuam as trocas mais intensas entre o sujeito e o seu ambiente, especialmente as trocas interpessoais. Segundo Schilder(1999), a observação mostra que sentimos especialmente os olhos, a boca, os mamilos, os genitais, a uretra e o ânus. Todos esses orifícios, esclarece o autor, têm uma enorme importância psicológica, já que, por intermédio deles, temos nosso contato mais íntimo com o mundo. Esse autor enfatiza que, por meio desses orifícios, ingerimos ar e alimentos, ejetamos urina, produtos sexuais, fezes e ar. Desta maneira, Schilder esclarece que distinguimos pontos no modelo postural. Por esses orifícios também preenchemos as funções de nossa vida. Este ponto é importante para entendermos que as partes puramente sensoriais do modelo do corpo têm uma íntima inter-relação com as estruturas libidinais que mantêm relação intensa com nossas ações. Schilder relatou diversas experiências que mostraram a diferença das estruturas libidinais refletida no modelo postural do corpo. Isso seria o mesmo que dizer que um indivíduo que tenha um desejo (parcial) aumentado, sentirá uma zona erógena particular, pertencente a esse desejo, no centro de suas imagens corporais. O autor exemplifica quando comenta que em um indivíduo cuja fome está aumentada, o estômago estará no centro da sua imagem corporal naquele momento, e talvez a sua boca e garganta secas e assim por diante. Schilder conclui que descobrimos o corpo por meio desses contatos com o mundo.

O desejo se manifesta corporalmente pelas sensações e tensões que procuram o objeto de sua satisfação. O corpo é o local da expressão desses desejos, porém, o estado de tensão muscular pode bloquear ou dificultar a resposta que levaria ao

objetivo do desejo. Além disso, para a construção da imagem corporal, nossa atividade própria é insuficiente. O contato com os outros e o interesse que esses demonstram pelas diversas partes de nosso corpo, serão de enorme importância para o desenvolvimento do modelo postural do corpo. Schilder(1999) refere que "a construção do modelo postural do corpo ocorre, no nível psicológico, através de um contato contínuo com o mundo externo".(p.153).

Um aspecto importante da imagem corporal, tão comum nos dias atuais, diz respeito à dor. Quando sofremos uma dor orgânica, a estrutura libidinal do modelo corporal se modifica imediatamente. Segundo Freud e Ferenczi,(in Schilder,1999), nesse momento toda energia flui para o órgão doente. O modelo postural do corpo fica sobrecarregado de libido narcisista na parte dolorida. Schilder ainda afirma que a relação entre dores orgânica e psicogênica não é muito diferente.

Desta maneira, a dor, as zonas erógenas, as ações de nossa mão sobre o corpo, as ações dos outros em relação a nosso corpo, o interesse dos outros pelo nosso corpo e a dor provocada pelas funções de nosso corpo, são fatores importantes para a estruturação final da imagem corporal.

Se, por algum motivo, qualquer um desses aspectos descritos acima não for vivenciado pela criança, de maneira satisfatória e, portanto, construtiva, o modelo postural do corpo não estará estruturado de maneira saudável, impossibilitando o sujeito de viver plenamente. A análise e a terapia corporal servem a esse propósito; o de relacionar sintomas decorrentes da falta deste desenvolvimento, encaminhando-os para a cura.

Outro ponto importante a ser considerado quando tratamos de nossos desejos, é que eles são expressos nas tensões corporais e se revelam na linguagem dos gestos e dos sons humanos.

Quando o modelo postural apresenta qualquer tipo de deficiência, os sintomas acontecem no comportamento, na relação com as outras pessoas, através de algumas dores orgânicas que podem ser tratadas através de intervenções corporais realizadas por profissionais que tenham conhecimento da interligação dos fenômenos físicos e psicológicos. São dois aspectos da mesma figura que se apresentam e se constroem num cenário social.

Outra importante contribuição acerca da Imagem Corporal é a da psicanalista francesa Françoise Dolto. Esta autora concebeu uma imagem do corpo puramente inconsciente, tendo como base sua experiência no consultório. São estudos que nos dão subsídios para entrarmos em contato com as complexas dinâmicas da psiquê, principalmente a infantil, dotada de tantos simbolismos.

Dolto(2002) concebeu a imagem corporal apenas em relação à personalidade do indivíduo e às suas dinâmicas psicológicas de relacionamento. Para essa autora, a Imagem Corporal possui três aspectos dinâmicos, todos psicológicos. O primeiro é uma imagem denominada de base, a qual todo ser, após o nascimento, constrói em função dos repetidos cuidados que lhe são dados. Evidencia-se a "mesmice", como ela chama. São as sensações do bico do seio na boca ou mesmo do leite que escorre pelo queixo, também sensações de dor de barriga e, logo em seguida, da mudança de posição no colo, das constantes trocas de fraldas e, finalmente, a sensação de estar limpo, confortável, aquecido, refrescado ou sujo, desconfortável. Essa repetição, segundo Dolto(2002) incorre numa "mesmice de ser" (p.38) que é a responsável pela primeira imagem de si que um ser pode construir. Conquistada essa etapa, a criança passa a

fazer uso dessa imagem na relação com os objetos, no mundo. É a chamada imagem funcional, cuja característica se encontra nas dinâmicas de ação da imagem de base. Diz respeito ao uso dos braços, das mãos, da boca, e a seus significados, não um significado capaz de gerar um pensamento, como é para o adulto, mas um significado funcional, das possibilidades de movimento ou não. A imagem erógena, terceiro componente da imagem do corpo, de acordo com Dolto(2002), é construída à medida que a criança continua a interação no mundo, mas diz respeito aos locais corporais de prazer e de desprazer. Nesta fase, a criança expressa essa atenção por meio de representações referidas a círculos, bolas, buracos ou mesmo atitudes de "emissão ativa ou receptoras passivas, com fins agradáveis ou desagradáveis" (p.44).

Dolto nos faz um relato curioso, quando afirma que a integridade da imagem do corpo não está diretamente ligada a alguma deficiência que a pessoa possa ter, mesmo que seja a falta de alguma parte desse corpo.

Em crianças precocemente atacadas pela poliomielite, por exemplo, que apresentam, portanto, um esquema corporal mais ou menos gravemente enfermo, é bem possível que venha a revelar-se uma imagem do corpo perfeitamente sã, desde que não tenham sido neurotizadas antes da poliomielite e que tenham sido apoiadas durante o período agudo da moléstia, pela mãe e pelo pai, em sua relação com outrem e consigo mesmas. Elas desenham então corpos que não oferecem nenhuma das disfunções ou faltas tais como as suas.(2002, p. 14).

O que esta autora sugere é a construção de um suporte psicológico, à primeira vista invisível, porém real, no que se refere ao comportamento. A atitude, portanto, diante dos fatos, é responsável pelas condições que propiciam a construção da imagem corporal pelo sujeito. Dolto(2002) postula então que uma criança pode ter sua imagem intacta desde que as pessoas com quem ela convive a auxiliem na descoberta de si, na

solução de seus problemas rotineiros e na conquista da autonomia dos relacionamentos. Se os pais de uma criança com alguma dificuldade a tratam naturalmente e procuram juntos soluções pertinentes, a imagem que se constrói é inteira, pois ela aprende que é daquela maneira e, mesmo assim, existem pessoas que a amam, disponíveis. Uma pessoa aparentemente sã, inteira fisicamente, pode, por outro lado, apresentar deformações ou mesmo faltas em sua Imagem Corporal, se não forem atendidas suas necessidades primárias, segundo exemplifica Dolto(2002).

A autora afirma que a imagem do corpo da criança é elaborada como uma "rede de segurança languageira com a mãe"(p. 122). Diz também que esta rede personaliza as experiências da criança quanto ao olfato, à visão, à audição, às modalidades do tocar, segundo os ritmos específicos do aspecto exterior materno. A autora esclarece que essa "rede de segurança languageira" personaliza, porém, não individualiza a criança quanto a seu corpo. O desmame e os movimentos autônomos é que cumprem posteriormente a função de individuação da criança. Porém, Dolto enfatiza que é somente com a experiência no espelho que a imagem do corpo da criança é constituída realmente como uma linguagem individualizada.

A contribuição de Dolto(2002) consiste em informações e exemplos, tais como conduta adequada dos pais e professores, maneiras construtivas ou não de estabelecer relações e suas implicações, que parecem representar as dinâmicas do aparelho psíquico do qual a imagem corporal é a artista principal.

A autora esclarece, nesta obra, que as diversas castrações às quais a psicanálise se reporta, de maneira bem simplificada, significam etapas que o ser humano deve conquistar para poder crescer. Por exemplo, a castração umbilical no recém-nascido permite a ele descobrir sua autonomia respiratória e cardiovascular, além do olfato e do peristaltismo do tubo digestivo em sua totalidade. As outras

castrações, a saber, a oral, anal e genital( não edipiana e edipiana, respectivamente) cumprem, da mesma forma, funções essenciais para o desenvolvimento.

Dolto se vale de suas próprias interpretações, apoiadas na psicanálise, para descrever tanto a formação quanto as necessidades para o desenvolvimento de cada uma das instâncias psíquicas que ela chama de "Isso", "Eu" e "Super Eu", e esclarece que chama de imagem do corpo, o elemento mediador destas instâncias.

Um outro estudo interessante a que temos acesso, com base no trabalho de Turteli(2003), é o de Judith Kestenberg. Esta autora, aluna de Paul Schilder, desenvolveu "um método de codificar os movimentos e de interpretar seus significados. Também desenvolveu um modo de notação dos movimentos, derivado do método Laban".(TURTELI,2003,p.156). Encontramos, nos estudos de Kestenberg (in Turteli,2003), contribuições valiosas, visto que são práticas e, por isso, conseguem alcançar a natureza do movimento, que é essencialmente prática. Apesar de sempre se referir a aspectos da psicanálise, esta autora pontua que o processo de traduzir as qualidades de movimento observadas se encontra no corpo do observador. Daí a necessidade, por exemplo, de os praticantes deste método de notação dos movimentos se apropriarem dos próprios movimentos.

Do início desta narrativa sobre as contribuições da Psicologia, podemos notar uma abordagem teórica vinda de uma observação prática (Schilder), para uma outra que fala da mesma teoria, porém, modificada pela prática com o público infantil. Dolto se serve de momentos muito práticos no consultório, com as crianças, para falar dos efeitos da falta de suporte durante o desenvolvimento. Já a autora citada brevemente no parágrafo acima (Kestenberg) se apóia também na mesma teoria psicanalítica, porém, apontando as necessidades de leitura do movimento que nos fala do desenvolvimento desta teoria, no corpo do indivíduo. Ressalta ainda, como já foi



mentionado, a necessidade de trabalho que existe no corpo do sujeito que irá trabalhar e analisar o movimento do outro.

### ASPECTOS SOCIAIS

O aspecto fisiológico da Imagem Corporal sugere o relacionamento de estruturas neurais específicas que tornam possível a construção e desenvolvimento desta imagem. O aspecto emocional é esclarecido por meio do conhecimento da estrutura da psiquê. Tanto o aspecto fisiológico quanto o libidinal existem na interação com o ambiente social. Schilder(1999), de maneira integrativa, narra o intercâmbio dos aspectos da Imagem Corporal e conclui que esta é um fenômeno social.

Quando fala do aspecto social, Schilder se refere ao relacionamento entre corpos, especificamente corpos de personalidade, com esta possuindo emoções, sentimentos, tendências, motivos e pensamentos.

Segundo o autor, no decorrer de nossa vida, nas nossas relações, trocamos elementos dessa personalidade com os outros; nossas emoções sempre se referem a alguém ou a alguma coisa com a qual nos identificamos. O mesmo acontece com nossos pensamentos. Ao mesmo tempo que somos capazes de nos colocar num relacionamento, estamos nos comunicando através de nossa imagem corporal. Quando ouvimos a opinião dos outros, nos identificamos ou não com alguns elementos dela, fazendo com isso uma troca permanente.

Há um intercâmbio contínuo entre partes de nossa imagem corporal e das imagens corporais dos outros. Há projeções e personificação. Mas, além disso, podemos nos apoderar de toda imagem corporal (identificação) ou entregar nossa imagem corporal como um todo.(SCHILDER, 1999, pág. 266).

Schilder cita, entre outros, a imitação e a identificação como mecanismos que sustentam o aspecto social da imagem do corpo.

Sobre a imitação, o autor menciona os estudos de Tarde que a referem a convicções, sentimentos e ações. O autor esclarece que o "termo imitação nos chega da psicologia descritiva e remete à vida psíquica inteiramente consciente" (1999, p. 275). Entretanto, conclui que a análise de tal ato é parcial por não considerar a vida psíquica inconsciente. Segundo o autor, analisando Tarde, a imitação mútua é a base das qualidades de todo grupo social e deste modo

[...]as peculiaridades da linguagem e as convicções religiosas, morais e políticas são criadas da mesma forma que os hábitos de alimentação, vestuário, moradia e recreação, e todas as atividades rotineiras que constituem grande parte das vidas humanas. (1999, p.269).

Com base nestas considerações, fica evidente que toda expressão do homem, em seu meio social, reflete algo que é intrínseco à sua pessoa. Tarde (in Schilder,1999) menciona que o fato de uma pessoa imitar o modo de se vestir e de se divertir de outro alguém sugere que os sentimentos e os desejos deste outro foram assumidos anteriormente por quem imita, ficando claro que a imitação se dá de dentro para fora do sujeito. Schilder(1999), analisando os estudos de outros sociólogos, discute a expressão das emoções e conclui que há uma conexão entre as emoções das pessoas,

através de sua expressão, da mesma forma que a imagem corporal do sujeito e as imagens corporais dos outros "estão básica e intimamente relacionadas" (p. 273).

Para Schilder, o rosto é a parte mais expressiva do corpo, pois é aquela que pode ser vista por todos. Neste sentido, "o rosto tem uma importância especial para a imagem corporal" (1999, p. 264).

Também Darwin(2000), em sua obra *A Expressão das Emoções no Homem e nos Animais*, observa as expressões faciais dos seres humanos e de alguns animais, relacionando-as a emoções comuns, analisando desta maneira o significado de alguns comportamentos. Entre outras sugestões, Darwin(2000) considera que "padrões comportamentais são características tão confiáveis e conservadas nas espécies quanto as formas dos ossos, dos dentes, ou de qualquer outra estrutura corporal" (p.10).

De outra maneira, Porges(1995) constatou, em suas pesquisas, que um ramo do sistema nervoso parassimpático, denominado complexo vago-ventral, além de mandar fibras para o coração e pulmões, também inerva os músculos da face, laringe e faringe. Este complexo, postula Porges, é exclusivo dos mamíferos mais sofisticados, sendo sua principal função o engajamento social.

Tanto para falar de imitação quanto de identificação, Schilder(1999) se apóia no inconsciente como um mecanismo psíquico que gera inúmeras possibilidades ao sujeito. Por exemplo, "o fato da identificação se dar no inconsciente possibilita que nos identifiquemos com diversas pessoas ao mesmo tempo" (p.278). O autor também afirma que a identificação é um processo que se baseia na vida emocional do indivíduo e que ocorre durante toda a vida, porém as identificações mais importantes acontecem até o quinto ano de vida.

Schilder(1999) se reporta também ao estudo de um outro pesquisador chamado Levy, que demonstrou que as crianças descobrem seus corpos pelas palavras e

observações dos outros. Ele comenta que a atitude dos pais e das outras pessoas em relação aos machucados, à saúde, doença, ou mesmo comentários sobre a aparência das crianças, podem aumentar o interesse dela pelo próprio corpo.

Levine(1999) postula que os mesmos comentários citados acima sobre a aparência, a saúde, os machucados, se feitos de maneira intrusiva, ao invés de aumentarem o interesse das crianças pelo próprio corpo, retiram ou diminuem o interesse delas por seus corpos.

Percebemos que, na esfera social, a análise é feita pelos comportamentos, a partir do quais são dados os significados e o alcance destas atitudes, que identificam tanto o sujeito quanto o meio onde ele vive.

Baseado n estudo de um caso, Schilder(1999) considera que "a beleza da figura humana tem uma relação direta com a sexualidade"(p.293). O autor analisa o fato de o interesse estético se relacionar com o interesse pelo sexo. O desejo, segundo o autor caracteriza este interesse, porém, não existe necessariamente uma ação que decorra deste desejo, mas sim uma contemplação. Ele diz que "a beleza se liga especialmente com a imagem corporal em repouso" (p.299). Isto é, quando permanecemos no plano da estética, existe a procura da expressão e da satisfação do desejo, porém, neste plano há a repressão de nossas necessidades imediatas. Para que este desejo possa ser realizado, ele precisa ser relacionado com a pessoa que deseja, e não somente com o objeto desejado. Outra consideração de Schilder é que "a beleza se liga a certas características sexuais secundárias" (1999,p.292). O exemplo do caso estudado por Schilder dá subsídios para a compreensão de por que a adoração da beleza impede a ação. O paciente citado, após uma cirurgia plástica, ainda se considerava pouco atraente. Adorava a beleza alheia, em oposição à depreciação de seu próprio modelo

postural. Schilder salienta que a cirurgia plástica alterou a aparência real do sujeito, porém, não modificou a atitude dele perante sua insatisfação, que, na realidade, era a expressão da dinâmica de sua psiquê.

Sobre os processos psíquicos do sistema do inconsciente, Schilder concorda com Freud sobre o fato de terem características especiais. Por exemplo:

[...]enquanto nosso pensamento consciente não suporta contradições e tenta alcançar uma unificação das tendências contraditórias, no inconsciente tais tendências não se contradizem. Neste sentido, o grau de incerteza ou segurança e a falta de relação não tem qualquer importância para o pensamento inconsciente.(1999,p.275).

Ainda sobre os processos inconscientes, Schilder acredita que tais mecanismos possuem uma qualidade da consciência. Ele afirma que se os processos inconscientes não possuíssem tal qualidade, não teríamos elementos para discuti-los. Disto então decorre que "ocasionalmente, os processos psíquicos inconscientes podem se tornar conscientes"(1999,p.276).

As considerações de Schilder que se referem ao aspecto social da imagem do corpo, resumidamente, partem de necessidades dos sujeitos e se apóiam em seus desejos. A análise dos casos descritos por ele leva em consideração a origem e o desenvolvimento do indivíduo. Nas primeiras experiências de vida de uma pessoa, o aspecto social é evidente, porém circunscrito a alguns ambientes. Isso acontece por causa da natureza dos relacionamentos possíveis ocorridos nesse período. A família, em especial a mãe, é quem cumpre o papel de transmitir a cultura. Como num crescente, à medida que cresce, o sujeito tem cada vez mais oportunidades de

conhecer outras pessoas, de trocar sua própria imagem com a dos outros e desta maneira, aumentar a possibilidade de conhecimento próprio e do mundo.

A construção da imagem corporal se baseia não apenas na história individual da pessoa, como também em suas relações com os outros. A história interna é, também, a história de nossas relações com outros seres humanos. (SCHILDER,1999, pág. 154).

As considerações deste autor focalizam as construções sociais da Imagem Corporal como expressões internas dos sujeitos, que, ao serem identificadas com os outros, encontram ambiente fecundo para serem expressas. Essas expressões, no entanto, nem sempre são lidas como algo de necessidade básica do sujeito, mas sim interpretadas como fazendo parte de uma massa não individualizada.

Os três aspectos da Imagem Corporal narrados por Schilder encontram-se tão intimamente ligados que, para falarmos de um, precisamos nos remeter ao outro. Além disso, o que define o dentro e o fora do corpo, através de nossa percepção, não são limites tão estáveis e concretos, da maneira como estamos acostumados a supor. Schilder(1999) comenta este aspecto dizendo que "...o espaço interno e externo da imagem corporal não é o mesmo da física"(p. 235). Diz ainda que a imagem corporal incorpora objetos ou se propaga no espaço.

Como podemos supor, a linha tênue que nos separa do mundo é altamente permeável e muito instável. Nossos contornos do corpo, são a garantia desse limite, nossas sensações corpóreas são as bordas e a moldura de um quebra-cabeça (todo conteúdo emocional, mental da pessoa). Se não nos descobrimos como invólucro no decorrer de nossas vidas, corremos o risco de nos "misturarmos" , de não sabermos a

diferença do que faz parte de nós mesmos e do que não faz. Quando isso ocorre, ou nos enrijecemos por medo de nos confundir ou estamos sempre indiferenciados, à mercê dos acontecimentos. Como exemplo disto, temos alguns casos narrados por Schilder,(1999), quando apresenta a sociologia da Imagem Corporal. Uma de suas pacientes sentia que a tosse do outro a atingia, se via alguém varrendo na rua, era como se varresse alguma parte dela. O mesmo autor dá diferentes exemplos, na maioria das vezes sobre patologias, que era seu campo de observação. Porém, em síntese, um aspecto de suas narrativas se repete. Schilder,(1999), nos fala sobre algo mágico que ocorre na relação com o outro e é capaz de nos transformar, nos destruir, nos descobrir. Na tentativa de explicar isso, ele comenta: "podemos descrever as relações entre as imagens corporais de diferentes pessoas através da metáfora de um campo magnético com forças que se espraiam em todas as direções" (p.261).

Cada pessoa que, de uma maneira ou de outra, se interessa pelos estudos acerca do ser humano, traz uma contribuição para a ciência, cada uma em sua área. Estudos sobre a Imagem Corporal abrangem o intercâmbio entre diversas áreas do conhecimento, dada a complexidade de sua natureza.

#### 4 - METODOLOGIA

Esta pesquisa caracteriza-se por ser qualitativa com pesquisa de campo envolvendo indivíduos e suas relações.

O grupo de voluntários foi formado pelos 10 primeiros candidatos que se apresentaram como interessados em participar da pesquisa, tendo se caracterizado como adultos (a partir de 18 anos) e universitários com 3º grau completo.

O primeiro contato da pesquisadora, com 5 dos sujeitos, se deu no local de realização das sessões de Rolfing®, denominado Laboratório da Imagem Corporal, previamente requisitado perante os responsáveis e localizado na Faculdade de Educação Física da UNICAMP. O contato com os outros 5 participantes se deu na cidade de Bauru, no consultório da pesquisadora.

Nesse primeiro encontro, foi realizada uma entrevista estruturada anteriormente (anexo 1) e anotada pela pesquisadora. Os sujeitos também responderam a gráficos de Avaliação do Próprio Corpo (anexo 2) e de Sintomas (anexo 3), ambos retirados de Penna,1990, e também adaptados para a figura masculina. Responderam também ao teste "A minha Imagem Corporal"(anexo 4), de Rodrigues(1999), adaptado por Lovo(2001).

Os sujeitos foram fotografados pela pesquisadora, nas posições: anterior, posterior e perfis, em quatro momentos, a saber: antes da primeira sessão, após a terceira, depois da sétima e ao término da décima sessão de Rolfing®.

Após a décima sessão, os sujeitos responderam novamente aos Gráficos de Sintomas, de Avaliação do Próprio Corpo e ao teste " A minha Imagem Corporal".

Foram feitas anotações pela pesquisadora, ao término de cada uma das sessões.

Os dados obtidos com base nos instrumentos de avaliação acima mencionados foram agrupados de acordo com a semelhança de seus conteúdos.



## 5 - RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa foram retirados a partir dos seguintes instrumentos de avaliação, previamente apresentados:

- 1- Entrevista
- 2- Gráfico de Sintomas (Penna,1990)
- 3- Gráfico de Apreciação do Próprio Corpo (Penna,1990)
- 4- Teste "A minha Imagem Corporal" (Rodrigues,1999), adaptado por Lovo(2001).
- 5- Fotografias
- 6- Anotações da pesquisadora

1- Das entrevistas foram retiradas as seguintes informações:

8 sujeitos eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino.

A idade dos sujeitos variou entre 36 e 57 anos.

Todos os sujeitos tinham terceiro grau completo.

Feita a pergunta sobre o modo do nascimento, 7 responderam ter nascido de parto normal, 1 respondeu ter nascido de cesariana, e 2 responderam que não sabiam.

Sobre os motivos que os levaram a se interessar pelo Rolfing®, 8 se referiram à solução para dores e 2 procuravam auto-conhecimento.

Questionados sobre fatos significantes ocorridos na gestação, parto e primeira infância, 4 dos 10 sujeitos mencionaram fatos que consideravam relevantes. Desses 4 sujeitos, 3 deles integraram, de alguma forma, esses fatos com sensações acessadas durante as sessões. Dos 6 sujeitos que consideraram nenhum fato significativo, 5 deles se recordaram, durante as sessões, de algum evento importante relativo aos primeiros momentos de vida.

Dos sujeitos entrevistados, 9 gostavam de atividade física, dos quais 5 estavam praticando alguma.

Sobre o uso de medicamentos atualmente, 4 sujeitos faziam uso de automedicação, 1 sujeito tomava medicamento para dor de cabeça, 2 se medicavam para dor de estômago e 1 tomava medicação para emagrecer.

Dos 10 sujeitos, 9 tinham passado por algum procedimento cirúrgico; 4 desses 9 sujeitos relacionaram a cirurgia com sensações durante as sessões.

Sobre a recordação de acidentes ou quedas que podiam ter ocorrido no decorrer da vida, até o momento atual, 9 sujeitos se recordaram de um ou mais fatos; 5 desses sujeitos associaram o fato ocorrido ao entrar em contato com a sensação no local ferido anteriormente; 1 sujeito se lembrou, durante as sessões, de acidentes não mencionados na entrevista.

2- Dos 10 Gráficos de Sintomas respondidos antes da primeira sessão e comparados com os mesmos gráficos respondidos após a décima sessão, foram retirados os seguintes dados:

Os 10 sujeitos tiveram seus sintomas modificados.

2 sujeitos relataram as mesmas áreas de desconforto, antes e depois, porém referiram-se a elas de outra maneira, por exemplo: o que antes era uma dor aguda na lombar, passou a ser relatada como "dores eventuais na região lombar, quando faço movimento errado ou carreguei muito peso, sem prestar atenção".

5 sujeitos relataram menor número de áreas desconfortáveis após as sessões. Todos esses sujeitos referiram-se a essas áreas de maneira diferente, como mencionado no exemplo acima.

3 sujeitos descreveram maior número de áreas de desconforto após as sessões, tendo 2 deles apenas acrescentado partes do corpo às já mencionadas; 1 sujeito modificou completamente as partes sentidas.

### 3- Sobre os Gráficos de Avaliação do Próprio Corpo:

3 sujeitos iniciaram as sessões não gostando de uma ou duas partes do corpo e terminaram as sessões sem nenhuma queixa.

4 sujeitos diminuíram de 4 partes que não gostavam para 2 partes que não apreciavam.

3 sujeitos aumentaram o número de partes do corpo que não apreciavam.

Questionados sobre o fato de não gostarem de determinada parte do corpo, 9 sujeitos modificaram o porquê de não gostarem daquela parte. 1 sujeito referiu-se à mesma parte, da mesma maneira.

### 4- Sobre o teste "A Minha Imagem Corporal" :

Houve modificações nos seguintes itens:

O meu corpo é flexível - 3 sujeitos

Tenho habilidade para dançar - 2 sujeitos

Sinto-me assustado pela doença - 1 sujeito

Sou resistente a doença - 1 sujeito

Tenho confiança em meu corpo - 4 sujeitos

Sinto-me atrativo para pessoas do outro sexo - 2 sujeitos

Sinto-me bem com meu corpo - 4 sujeitos

Os demais itens foram respondidos com a mesma pontuação.

8 sujeitos modificaram o sinal por meio do qual se referiam às partes de que menos ou mais gostavam do corpo.

Sobre o último item deste teste:

No teste final, 2 sujeitos não modificariam mais a aparência corporal para sentirem-se melhor.

4 sujeitos modificariam as mesmas áreas do corpo.

4 sujeitos modificariam as mesmas áreas corporais, porém, se manifestaram no sentido de ter este desejo realizado apenas por esforço pessoal e não mediante cirurgias.

#### 5- Fotografias:

As fotografias foram mostradas para os clientes, no decorrer das sessões, a fim de que os sujeitos acompanhassem as modificações em sua estrutura corporal.

Foram tiradas fotografias antes da primeira sessão, depois da terceira, após a sétima e no final da décima sessão. Todos os sujeitos viram as mudanças apontadas pela pesquisadora.

2 sujeitos viram mudanças antes de serem apontadas.

1 sujeito não gostou de ver as fotos.

#### 6- Anotações feitas pela pesquisadora:

Ao término de cada sessão, a pesquisadora anotou sobre o comportamento dos clientes. Dessas anotações, foram retirados momentos em que ficava claro o andamento do processo de cada sujeito. As anotações das sessões omitidas referem-se a sessões em que o comportamento dos clientes se repetia. Usaremos o símbolo #, quando nos referirmos a sessões. Exemplo: #1 = sessão 1.

## SUJEITO 1

#1- O cliente se referiu a um "horror" o fato de estar sentindo-se melhor e mais leve, após a sessão.

#2- Ao entrar em contato com a sensação de frio nos pés se emocionou e chorou relacionando o frio com uma morte na família. Falou sobre estar percebendo a relação do corpo com os sentimentos.

#3- Queixou de dor, ria quando falava da dor. Falou da correria do dia-a-dia e do fato de não ter tempo para descansar. Ao ficarmos em silêncio na sessão, falava da novela.

#5- Começou a diminuir o ritmo. Ficava em silêncio, adormecia e quando notava, se assustava e começava a falar, porém, falava de como era o contato com minha mão ou como estava se sentindo.

#7- Começa a falar do desconforto sem rir.

#9- Percebe que períodos de descanso com fins de semana prolongados diminuem as dores. É capaz de prestar atenção em movimentos pequenos, sentindo, em silêncio, de olho fechado, sem dormir.

COMENTÁRIOS: Podemos observar que, com este cliente, o contato com a sensação causava-lhe estranheza, fato este que, no decorrer das sessões, se tornou gradativamente mais familiar. Nota-se inicialmente uma dissociação entre sensação e significado, fato este que foi sendo integrado à medida em que o silêncio se tornava mais presente e a capacidade de entrar em contato consigo mesmo aumentava. A incoerência de referir-se a um horror quando estava se sentindo melhor ou o riso quando falava da dor, começou a transformar-se em coerência visto que não ria mais, quando falava da dor. É importante notar que o processo de coerência não é linear. Por este motivo, o sujeito, numa sessão, faz ligação da sensação com um sentimento e, logo depois, na outra sessão, fala da novela ao ficar em silêncio.

## SUJEITO 2

#1- Ao sentir mais liberdade de movimento na pelve, relata se lembrar do pai falando para não rebolar porque era coisa de menina.

#2- Teve a sensação de que a dor lombar passou por causa da mudança na maneira de pisar.

#3- Notou a diferença entre os lados do corpo. Percebeu a dificuldade em sentir o abdômen.

#5- Sentiu extremo sufoco ao ser tocado em um local do peito. Respeitando esse limite, trabalhamos ao redor, sem tocar no local, fato que o deixou curioso.

#8- O trabalho na periferia do local tocado na #5 o levou a perceber a presença do pescoço e a lembrança de que alguém da família se divertia agarrando-o por trás dessa parte do corpo.

#9- Notou quanto o lado direito não é organizado em relação ao esquerdo, apesar de ter tido, há um tempo, um pinçamento do nervo ciático, que irradiava pela perna esquerda. Revoltou-se com a conduta médica de pedir fisioterapia só de um lado.

Toda vez que é indagado sobre como passou, diz "tudo bem" e depois, durante a sessão fala de um desconforto ou outro que teve no local tocado, durante a semana.

#10- Parou para pensar sobre como havia se sentido ultimamente. Relatou estar percebendo mais o movimento das outras pessoas.

COMENTÁRIOS: Nota-se uma familiaridade com a atitude de prestar atenção em si mesmo. Tanto a mobilidade da pelve quanto a sensação de presença do pescoço levaram o sujeito a relacionar fatos vividos. Há uma crença de que, na parte dolorida do corpo, existe algo errado localizado. Desta crença decorre o procedimento de alguns profissionais ao tratar a parte afetada, e não suas relações. A descoberta do lado direito como o lado mais necessitado de organização levou o sujeito a prestar

atenção no próprio corpo e refletir sobre ele, bem como sobre o relacionamento entre as diversas partes.

### SUJEITO 3

Dormiu durante 6 sessões, sempre chegava com alguma reclamação e saía sem ela. Atrasava de 30 a 40 min. Faz terapia desde a adolescência, tem 40 anos.

#7- Chegou 40 min atrasado. Disse ter tido uma "explosão". Tinha ido ao massagista e o profissional explicara que ele havia "passado 5 estágios e agora teria que voltar". Durante a conversa, ao ser indagado sobre como estava se sentindo naquele momento em que estávamos conversando, notou que se via de fora, olhando para si mesmo sentado. Pedi que prestasse atenção nisso e foi notando que, aos poucos, a imagem de si mesmo, vista de fora, se modificava. Sentiu o lado direito chegando dentro dele antes, e o esquerdo logo depois.

#8- Contou sobre um sonho onde estava numa geleira e o filho estava presente. Contou estar se sentindo assim, saindo da geleira, e a existência dos filhos seria a razão dessa resolução. Mencionou o fato de ter ouvido música no carro, depois de muitos anos ouvindo somente músicas infantis dos filhos. Falou o quanto é difícil ficar somente com a roupa de baixo na sessão.

#9- Contou o motivo da explosão. Um problema no trabalho, que o fizera tomar a atitude de tirar licença para resolver o que fazer com a profissão. O cliente já havia comentado o quanto odeia o que faz. Referiu-se ao Rolfing® como detonador destas confusões pelas quais está passando. Ele narra muito por hábito da terapia. Começou a relacionar um desconforto nas costas, ora com um braço, ora com o outro.

#10- Contou sobre quanto se sente deslocado desde a adolescência e que o pai, numa audição de piano, o avisara para levar a partitura. Não obedeceu, esqueceu a música na

hora e o pai deixou de falar com ele por um período. Ele nunca mais tocou piano perto de alguém. Adora tocar, se sente artista e trabalha no meio burocrático.

COMENTÁRIOS: Notamos um longo período de passividade e dissociação, que culminou com uma "explosão" de sensações que deixaram o sujeito desnortado. Procurando ajuda de um profissional de massagem, este deu um significado para a experiência do sujeito, significado este o qual não fez sentido para ele. Ao perceber que os acontecimentos faziam parte da solução de questões há muito procuradas, começou a se mostrar curioso sobre a maneira pela qual as histórias na vida relacionavam-se com o corpo. Ao falar da dificuldade de ficar apenas com a roupa de baixo nas sessões, o cliente está sendo capaz de estabelecer limites, os quais foram respeitados e as sessões seguiram-se com um trabalho mais verbal de contato com as sensações, ao invés de toque direto.

Este sujeito, após o término das 10 sessões, perguntou se poderíamos trabalhar um pouco mais para que outros assuntos pudessem ser encaminhados também.

#### SUJEITO 4

O sujeito vem para a sessão com uma reclamação e sai sem ela durante 3 sessões.

#4 - O sujeito diz estar se sentindo estranho e com dificuldades para dormir.

#5- O cliente começa a relacionar a sobrecarga de afazeres na família com as dores nos ombros. Diz sentir-se o sustentáculo das pessoas e de algumas relações.

#7 - O sujeito falou sobre perceber que as outras pessoas eram a referência sobre o que era verdade para ele. Disse estar percebendo mudança no referencial.

#8 - O cliente disse perceber que quando sente qualquer coisa desconfortável, relaciona com doença grave. Mencionou novamente o fato de ter feito 2 plásticas de abdômen. A primeira cirurgia foi feita por decisão médica. O cliente queixava-se de



dor lombar e o profissional sugeriu a cirurgia na barriga, a fim de solucionar o incômodo. A segunda cirurgia foi feita por outro profissional que percebeu a necessidade da colocação de uma tela em uma hérnia.

COMENTÁRIOS: Notamos uma crescente consciência em relação ao próprio comportamento, assim como uma orientação no que diz respeito a ter seu próprio corpo e suas sensações, como referência para atitudes na vida.

## SUJEITO 5

#1- O sujeito reparou ser difícil nomear as próprias sensações.

#3- Após ver as fotos e me ouvir dizer que a estrutura precisava de organização no suporte, mencionou que foi emocionalmente pouco acolhido quando criança. Disse ter dificuldades de se contemplar.

#4 - Fizeram-se muitos momentos de silêncio pela 1ª vez. Disse sentir-se muito relaxado com o trabalho.

#5 - Percebeu divisão entre lado direito e esquerdo. Um existia, e o outro não. Em cima também existia, e embaixo não. Notou que de olhos abertos, perde a referência interna.

#6 - Relatou ter notado a presença do pé enquanto estava lendo em casa. Percebeu também a maneira como a perna estava tensa.

#8 - Disse ter percebido que eu andei trabalhando muito no suporte e que, agora, precisava de mais conforto em cima.

#9 - Percebeu que sentia os pés e a tristeza no peito. Notou que não sentia as mãos e também que a presença do rosto pescoço, ombros e peito era mais evidente quando comparados com a pelve e as pernas que não estavam presentes.

COMENTÁRIOS: Notamos que algumas relações começaram a ser estabelecidas quando o sujeito percebeu que era difícil nomear as sensações. A divisão entre a presença e a falta de presença, em determinadas regiões, caracteriza a dissociação que começa a ser modificada, à medida que o sujeito percebe que as pernas tinham sido trabalhadas nas sessões anteriores.

## SUJEITO 6

O sujeito se queixava de algumas dores, saía das sessões sem elas. O cliente não relacionava nenhuma atividade com as dores que tinha. O sujeito dormiu por alguns momentos em todas as sessões. Ao ver as fotos após a terceira sessão, afastou a de frente, de costas e do perfil direito, que mostravam assimetrias e admirou a foto do perfil esquerdo, que se mostrava mais alinhado. Argumentou que daquela ele tinha gostado.

#6 - O sujeito relacionou uma dor na coxo-femural esquerda com algo que sente, às vezes, ao ficar sentado relaxado.

#9 - Relacionou a falta de mobilidade da perna esquerda com o fato de usar mais o apoio do pé esquerdo no chão, e também com o fato de sentar-se mais sobre o quadril esquerdo em seu trabalho, fato este que faz suas calças gastarem somente no lado esquerdo.

#10 - O sujeito experimentou mover o corpo de uma determinada maneira que havíamos discutido e constatou que ao mobilizar a coxo-femural, a dor lombar desaparecia. O sujeito cogitou a hipótese de uma sobrecarga familiar estar relacionada com a forma das costas e dos pés.

COMENTÁRIOS: Podemos notar uma atitude inicial de não relacionamento entre assuntos diários e o próprio corpo. O comportamento foi se modificando à medida que

houve curiosidade frente a uma sensação (dor na coxo-femural esquerda). A partir da sexta sessão, a dinâmica de percepção do sujeito começa a mudar e há na nona sessão um primeiro relacionamento entre a sensação de uma parte do corpo e um hábito. A atitude do sujeito diante do desconforto demonstra coerência.

## SUJEITO 7

O sujeito falou muito e chorou durante 4 sessões.

#5- Começou a perceber pequenos movimentos com os braços e adormeceu.

#6- Percebi que precisava me referir ao cliente, no início das sessões, perguntando diretamente como seu corpo tinha se sentido aquela semana, ao invés de perguntar: E aí, como passou esta semana? Pois, se indagado sobre como estava passando, de maneira geral começava a falar e não parava mais. Após esta minha conduta, ao final da sessão, descreveu sentir-se mais amparado, percebendo os próprios contornos. Isso dava sensação de segurança.

#7 - Estava mais familiarizado em falar sobre as sensações e não somente sobre as tristezas e outros sentimentos. Quando falava das sensações, não falava em contato com elas. Quando se desligava do ambiente das sessões, assustava-se com isso, narrava o que tinha sentido após ter se assustado, e depois, se conduzido de volta para dentro de si mesmo, esforçava-se em prestar atenção.

#9 - Percebeu-se mais calmo, menos ansioso em corrigir o mundo. Disse ter falado das insatisfações a respeito do amor com o cônjuge.

#10- Relacionou uma parte do corpo de que não gostava, no início das sessões, com uma atitude de passividade extrema perante algumas pessoas e situações.

COMENTÁRIOS: Notamos uma relação consigo mesmo por meio da emoção, porém, em algumas situações, o cliente não tinha suporte suficiente para lidar com os próprios

sentimentos, fato este que ativava o cliente de maneira que a fala era intermitente e os pensamentos abundantes. Percebemos que o contato com a sensação do próprio corpo proporcionou, ao cliente, segurança. A prática da psicoterapia, baseada na atitude de falar, não permitia ao sujeito entrar em contato com o lugar das sensações.

## SUJEITO 8

#2 - O sujeito queixou-se de dor de cabeça e confusão nos pensamentos.

#3 - O cliente mencionou ter dançado melhor, mais desinibido, numa festa em família. Falou sobre já ter no momento, controle dos movimentos para dançar, por estar sentindo mais o próprio corpo. Falou sobre o fato de sempre ter estudado no período noturno e, por este motivo, não ter tido oportunidade de fazer Educação Física, nem Educação Musical. Disse estar resgatando, naquele momento de sua vida, a relação com o movimento e com a música. O cliente falou das sensações prestando bastante atenção em si mesmo.

#7 - Várias sessões se seguiram com a atenção do cliente na diferença entre os lados do corpo. Nessa sessão, paramos para notar as diferenças. O lado direito era fraco e mirrado. O lado esquerdo era o que o incomodava e lhe dava medo, assim como seu filho mais velho. Depois de falar isso, começou a perceber a ausência de sensações nas pernas. Começou a senti-las como se fossem de madeira. No final da sessão, todas as extremidades estavam presentes e, apesar de diferentes, estavam confortáveis ao serem percebidas.

#9 - Houve uma grande necessidade de o cliente tocar-se. O sujeito levou um tempo tocando o próprio rosto, a barriga, sentindo a pele, a temperatura.

#10 - O sujeito narrou estar sentindo partes do próprio corpo que não se recordava de ter sentido antes.

COMENTÁRIOS: Notamos vários aspectos que demonstram dissociação, e a maneira como este sintoma começa a se modificar, à medida que é dado um tempo para a pessoa sentir o que está percebendo. A presença de partes nunca antes percebidas demonstra a possibilidade de transformação do sintoma da dissociação, mesmo que seja um contato que inicialmente não traga muito conforto para o cliente.

## SUJEITO 9

#2 - O cliente falou sobre ter sentido o braço direito muito cansado após a sessão 1. Mencionou o fato de estar sentindo mais facilidade na realização das posturas em sua prática de Ioga.

#8 - Falou sobre estarem ocorrendo mudanças num nível sutil, e que tinham afetado algumas tomadas de decisão na vida. Chamou isso de espírito.

#9 - Ao entrar em contato com sensações nos braços e pernas, as relacionou a vidas passadas. Ao ser questionado pela pesquisadora, no final da sessão, sobre a possibilidade de poder considerar uma história, nesta vida também, que pudesse estar registrada no próprio corpo, assim como as histórias de outras vidas, o sujeito considerou o fato de querer esconder a própria altura na adolescência, assim como, o de ter sido extremamente tímido.

#10 - Adormeceu em alguns momentos da sessão em que as pernas eram percebidas.

COMENTÁRIOS: A prática de algumas religiões favorecem certas crenças sobre as sensações corporais, que não correspondem à história do sujeito. Independente da crença, a experiência pode ser respeitada para algum dia ser ressignificada pelo próprio sujeito. Novamente a dissociação é o sintoma característico neste exemplo. Apesar de não estar completamente integrado, o sujeito pode usufruir facilidade de

movimentos em sua prática de Ioga, toma algumas decisões importantes e começa a considerar fatos de sua própria história, com seu corpo.

## SUJEITO 10

#1- Recordou-se da vergonha vivida na adolescência, durante o aparecimento dos seios. Relacionou o colapso da caixa torácica com essa vergonha que não a deixava respirar no peito.

#2- Mencionou o fato de ter experimentado a sensação de respirar em diversas partes do tronco e, num momento de tristeza extrema, ter podido estar presente e controlar, de certa forma, a emoção.

#6- O trabalho na região lombar levou o sujeito a sentir a região fria e a lembrança de que se sentia assim quando apanhava da mãe na infância.

#7- O cheiro do lençol da mesa de Rolfing® trouxe à memória o cheiro de paina, que havia muito na casa da mãe. O cliente teve uma crise de choro ao relacionar a paina com a cor preta e a morte da irmã. Comentou o fato de a mãe querer que ela fosse como a irmã que havia morrido.

#8 - A cliente começou a notar pessoas, ao lado das quais não se sentia muito bem.

#9 - A cliente reparou, que muitos sons, principalmente os da televisão, a deixavam irritada.

#10 - A cliente notou que acabava se comprometendo com mais atividades diárias do que realmente conseguia dar conta.

COMENTÁRIOS: A cliente relacionou partes do próprio corpo com sentimentos e fatos vividos. Notamos uma integração de vivências da infância e da adolescência permitindo assim, que ela pudesse estar mais inteira no momento presente.

## 6 - DISCUSSÃO

O Rolfing® é um método de manipulação do tecido conjuntivo frouxo do corpo. Seu objetivo é a integração da estrutura corporal humana. Dessa forma, é um trabalho corporal direcionado a pessoas que buscam contato consigo mesmas, além de conforto físico. Sua abordagem não exclui nenhuma pessoa ou grupo de pessoas com necessidades especiais.

O primeiro aspecto que chamou nossa atenção, ao iniciarmos esta pesquisa, foi o fato de pessoas portadoras de deficiência não serem atendidas com frequência nos consultórios dos rolfistas. Percebemos isso ao fazermos um levantamento junto a esses profissionais, questionando-os a respeito de tal experiência. Esta pesquisa inicial também nos esclareceu a respeito da existência de resultados positivos do trabalho de alguns rolfistas com essas pessoas. Visualizamos, então, não só a lacuna existente entre as possibilidades desse método com esses clientes, mas também a procura de trabalhos integrativos por parte deles.

Diante da constatação dessa falta, proporcionamos uma vivência de Rolfing Movimento® (uma modalidade desse método), a um grupo de pessoas portadoras de Esclerose Múltipla. Dessa experiência, duas pessoas interessaram-se em participar de um projeto piloto, constituído por dez sessões de Rolfing®, entrevista anotada pela pesquisadora, fotografias vistas anterior, posterior e perfis, Gráfico de apreciação do próprio corpo (Penna,1990) e Gráfico de sintomas (Penna,1990). A essas duas pessoas, somaram-se mais quatro. Uma delas era portadora de Hérnia de disco lombar, não tendo as outras apresentado queixas de qualquer natureza.

Ao terminarmos a coleta de dados desse estudo inicial, concluímos que tanto as pessoas portadoras de Esclerose Múltipla, quanto a que apresentava Hérnia de disco,

e também as não portadoras, possuíam necessidades relacionadas à integração de seus vários aspectos, assim como o reconhecimento de sua identidade.

Por entendermos que tais necessidades não distinguiam um grupo do outro, resolvemos deixar em aberto a questão da participação dos voluntários nesse trabalho prático. Aceitamos, dessa maneira, sem nenhum critério de exclusão, as dez primeiras pessoas que se disponibilizaram a participar de dez sessões de Rolfin®.

A realização do projeto piloto foi fundamental para esta pesquisa pois levantou questões tais como: necessidade de utilização de instrumentos de avaliação mais adequados e devidamente adaptados, maneira coerente de abordar os resultados, tendo principalmente servido para apontar a importância de utilização da técnica de forma flexível, ressaltando os princípios do Rolfin®, que consideram as necessidades de qualquer pessoa e não somente as de portadores de deficiência.

Neste trabalho, realizamos uma pesquisa de campo, durante o período de dois meses e meio, período este no qual realizamos observações sistemáticas de aspectos objetivos e subjetivos que podem estar relacionados ou ser influenciados pela intervenção proposta.

A relação estabelecida durante as sessões, com cada sujeito, foi única no sentido de podermos captar pontos relativos à subjetividade de suas experiências, fato esse que nos levou a refletir sobre o desenvolvimento da imagem do corpo, já que tal conceito salienta a singularidade própria do indivíduo, em vista de sua experiência subjetiva.

No decorrer do trabalho prático, constatamos a importância de reconhecer que todo ser humano tem necessidades que, de alguma forma, são especiais. A abordagem do Rolfin® aponta alguns princípios que enfatizam essa questão e poderia, portanto, ser utilizada em Atividade Física Adaptada. Tais princípios incluem os do Holismo, da



Adaptabilidade, do Suporte e do Fechamento. Mantendo coerência com a forma como originalmente foram concebidos, podemos refletir sobre esses princípios no contexto de propostas em Atividade Motora Adaptada.

O princípio do Holismo, por exemplo, parte da concepção do Rolfing® de que "o reconhecimento da estrutura humana inclui não só a pessoa física, mas também, eventualmente, a personalidade psicológica-comportamento, atitudes e capacidades".(ROLF,1990.p.15).

A Dr<sup>a</sup>.Rolf enfatiza que estrutura humana não deve ser sinônimo de postura. Referir-se à estrutura humana significa olhar para o ser humano em suas relações consigo mesmo e com o ambiente em que vive. Podemos aqui nos lembrar de que apenas 2% do córtex motor se dirigem aos músculos, enquanto 98% buscam, nas relações com o ambiente, informações para o sistema nervoso. Daí podermos concluir que a interação com o ambiente é muito mais responsável pela maneira como uma estrutura humana se organiza e se apresenta do que simplesmente entendê-la como uma posição ou postura em que se é capaz de ficar.

O trabalho com a estrutura humana, portanto, deve considerar o trabalho no corpo propriamente dito (força e alongamento), assim como a coordenação, a percepção e o psicológico, que diz respeito à parte simbólica e que dá significado ao movimento.

Esse primeiro princípio que o Rolfing® nos traz é, portanto uma maneira sistêmica, ou seja, dinâmica e integrada de entender a estrutura humana.

Os outros três princípios (Adaptabilidade, Suporte e Fechamento) podem ser considerados como aspectos de um ponto de vista muito utilizado em Rolfing, o do método de integração estrutural, que nos traz a noção de que a estrutura corporal humana se organiza ao redor de uma "linha". De acordo com Rolf(1990,p.190), "linha

central principal, ou eixo, dentro do corpo, define uma vertical que forma um ângulo reto da estrutura em relação ao solo”.

Essa linha vertical, segundo a autora, é formada a partir de linhas de equilíbrio que definem o corpo no espaço tridimensional (anterior/posterior, lado/lado, em cima/embaixo). A autora esclarece que tal “linha” é o resultado de um equilíbrio no corpo e que, antes de esse equilíbrio ser estabelecido, é necessário que o sujeito seja orientado para trabalhar direções opostas tanto dos músculos quanto das fáscias, para que a tração decorrente dessas direções contrárias possa ser integrada pelo organismo, resultando em harmonia. A autora acrescenta:

O equilíbrio da pelve, por exemplo, pode ser testado pelas linhas horizontais que unem as cabeças dos fêmures e/ou as espinhas ilíacas ântero-superiores. O equilíbrio total do corpo manifesta-se através de uma série de eixos bipolares referentes aos três planos do espaço, do qual a horizontal pélvica, embora fundamental, é apenas uma parte. (ROLF,1990,p.189).

A Dr<sup>a</sup>.Rolf defende a idéia de que o tecido miofascial é o responsável pela sustentação do corpo no espaço, podendo o sujeito sentir a presença desse tecido no corpo quando é feito um alongamento suave a partir de qualquer extremidade dele, sendo a ligação dessa com o tronco reconhecida pelo sujeito. Pelo fato de o tecido fascial se apresentar em grandes extensões pelo corpo, é possível sentir a ligação entre as diversas partes corporais, quando um alongamento é feito tendo a intenção de alongar a fáscia e não um músculo. Quando pensamos em alongar um músculo, basicamente nos dirigimos apenas a uma parte determinada do corpo, mas quando temos a intenção de alongar a fáscia, temos como resultado a interação entre as partes.

O trabalho para aquisição da força também se dá com base nessa mesma idéia de conexão entre as partes. A sensação do peso corporal, assim como a coordenação e percepção é fundamental tanto para o trabalho do alongamento quanto o de força. A começar da sensação do peso dos pés no chão, o sujeito pode coordenar a estabilização da pelve mediante o uso apropriado do músculo transverso do abdômen, por exemplo.

Em se tratando de Atividade Física Adaptada, todas as alterações necessárias podem ser feitas, dependendo de que partes cada sujeito tem disponíveis para o movimento. Se o indivíduo não tem pé, o segmento seguinte disponível fará então esta função, seja ele um coto acima ou abaixo do joelho. Se o indivíduo não tem pernas, a pelve então fará o papel dos pés. O importante é que cada um possa utilizar a estrutura disponível da maneira mais funcional possível.

Tanto o trabalho para aquisição de força quanto o alongamento necessário para cada estrutura seguem uma ordem para que sejam conquistados de maneira eficiente. Tal ordem baseia-se fundamentalmente numa maneira de pensar, ver e trabalhar o movimento humano. Neste sentido, consideramos três aspectos necessários para o estabelecimento dessa ordem na estrutura humana. Baseado neles, o profissional de Educação Física pode se planejar visando à inclusão de indivíduos na conquista de um vocabulário motor, de acordo com a capacidade do aluno.

Esses aspectos são: a adaptabilidade, o suporte e o fechamento.

Primeiro, consideraremos a adaptabilidade no processo de aprendizagem do movimento. De acordo com este aspecto, "...a integração somática é uma função da capacidade da pessoa de se adaptar adequadamente a um ambiente em constante mutação" .(MAITLAND e SULTAN,1992, p.20). Isso se refere às condições básicas necessárias para que possa acontecer uma mudança. A aprendizagem é vista pelos

autores como uma mudança, e, para que possa ocorrer, necessita de condições adaptativas: Por exemplo, quando um indivíduo começa uma atividade num ambiente novo, primeiro é necessário que este se torne conhecido. O sujeito poder mover-se livremente pelo espaço, e, finalmente, as pessoas se tornarem conhecidas para que ele atinja um estado cômodo de aprendizagem. Com pessoas traumatizadas, o tempo de adaptação é maior do que para um outro sujeito não traumatizado.

No que diz respeito à estrutura corporal propriamente dita, é necessário que a cabeça não seja fixa demais para a aprendizagem de um movimento com o braço ou com as pernas. As partes do corpo precisam ter condições de se adaptar a qualquer movimento que vá ocorrer. Um braço, por exemplo, ao ser esticado no lançamento de uma bola, necessita de força abdominal e alongamento na parte posterior do tronco, para não comprometer o ombro do sujeito. Observamos, então, que este princípio nos orienta no sentido de considerarmos a relação entre as diversas partes do sujeito. Observamos, então, que este aspecto nos orienta no sentido de considerarmos a relação entre as diversas partes.

O segundo aspecto para uma ordem ser estabelecida na estrutura humana é o suporte. Segundo Maitland e Sultan(1992,p.20), "a integração somática é função do suporte disponível". O professor de Educação Física deve aqui olhar a maneira como o aluno se relaciona consigo mesmo e também com o espaço e o tempo, a gravidade e o ambiente. Nesse sentido, os autores enfatizam que o suporte na gravidade é crítico para qualquer tentativa de melhorar a estrutura e a função corporal. Para a estrutura corporal humana, suporte significa aquilo que sustenta o corpo. Na posição em pé, suporte diz respeito a pés com arcos funcionais em ação, pernas alinhadas e

quadris móveis. Na posição sentada, suporte se refere aos quadris que se apóiam no acento, e aos pés, que se apóiam no chão.

Para cada indivíduo, seja amputado, paralisado, cadeirante ou não, o suporte depende da condição de cada um. São condições que precisam ser analisadas individualmente segundo suas capacidades adaptativas. A princípio, os pés têm importância para a descarga de peso tanto em pé quanto sentado, mas para uma pessoa que não tem pés, outra parte irá desempenhar essa função. Neste sentido, uma parte do corpo que se apresenta embaixo da outra tem a função de suporte da parte de cima. Como num jogo de empilhar. Os quadris sustentam a coluna que sustenta a cabeça. Quanto mais suporte disponível, maior área de apoio, mais fácil a aprendizagem e a sensação de segurança.

O terceiro aspecto a ser descrito é o do fechamento. "toda intervenção tem um começo, meio e fim".(MAITLAND e SULTAN,1992, p.20). Para esses autores, atinge-se um fechamento quando a pessoa toda, de acordo com as limitações que mudam e as que não mudam, pode sustentar as mudanças. O processo de aprendizagem, de modo geral, não tem um final. O que este aspecto do fechamento propõe é uma sensibilidade do professor no sentido de dosar a aprendizagem em função das limitações pessoais de cada aluno, assim como no sentido de dar tempo e condições ao sujeito para perceber o mecanismo dos movimentos, e não somente considerar a repetição. Exemplificando: um cadeirante pode fazer vários movimentos para lançar uma bola ao cesto, porém, se as escápulas do sujeito não tiverem mobilidade e "força" para serem deprimidas, os lançamentos poderão causar dor nos ombros. Toda essa mecânica não é aprendida em uma aula. O fechamento faz parte deste processo, sendo, portanto, um aspecto da aprendizagem que propõe, a cada

aula, um começo, um meio e um fim. O tempo dado entre uma aula e outra proporciona condições para que haja integração da aprendizagem. Isso nos remete à propriocepção, ou seja, ao conjunto de informações provenientes do próprio corpo do sujeito.

Visualizamos então que todo esse aparato que o Rolwing® nos traz pode ser útil para a Atividade Motora Adaptada, no sentido de dar elementos para considerarmos não só diversos aspectos do ser humano como também a maneira como ele se apresenta.

Nesta perspectiva, o conceito de estrutura corporal, utilizado no método Rolwing®, nos leva a algumas reflexões. Primeiramente seria incoerente a exclusão de qualquer corpo que buscasse, nesta intervenção, um caminho para maior integração. Em segundo lugar, a necessidade de conhecimentos específicos que o profissional desse método precisa buscar para poder atender pessoas portadoras de necessidades especiais. Pessoas amputadas, com lesões medulares, com trauma craniano, entre outros, requerem um conhecimento específico do profissional que as trata. Tal conhecimento é então imprescindível para um trabalho seguro em Rolwing®. Professores de Educação Física podem se valer da contribuição do Rolwing® porque possuem pré-requisitos necessários para o desenvolvimento deste trabalho, encontrados em um currículo diversificado no período da graduação. Informações sobre Fisiologia, Psicologia, Filosofia, além de informações específicas da área de Atividade Física Adaptada, capacitam o profissional de Educação Física para uma prática imediata e um aprofundamento de seus estudos, posterior à primeira formação.

Alguns profissionais de diversas áreas do conhecimento procuram, em algum momento de suas vidas, a formação em Rolwing®. Profissionais de Educação Física, no

entanto, possuem um conhecimento específico sobre a complexidade do ser humano, além de terem uma prática do movimento humano. O Rolfing® trata o corpo em sua particularidade humana, por meio do movimento, aspectos estes familiares ao professor de Educação Física.

O desenvolvimento da série de sessões, na parte prática desta pesquisa, colocou em evidência dois aspectos apresentados pelos sujeitos: a dissociação e a identificação do trauma emocional, relativo ao desenvolvimento do indivíduo.

O primeiro aspecto que consideraremos é o da dissociação. Tal como descreve Scaer(2001), esse fenômeno diz respeito à pessoa que, de uma maneira inconsciente, separa um grupo de processos mentais do resto dos processos de pensamento, o que causa a perda de relações usuais. O autor exemplifica a separação entre o afeto e a cognição. Desta maneira, podemos observar como tal questão fica clara em exemplos com alguns dos sujeitos participantes desta pesquisa.

Levine(1997) propõe um modelo para rastrear, de maneira sutil, a dissociação. Segundo este autor, a sensação, a imagem, o afeto, o comportamento e o significado, quando combinados, nos dão uma síntese de nossa experiência somática. Quando qualquer um destes elementos não tem ligação, ocorre o que podemos chamar de dissociação.

Podemos ver, no exemplo com os clientes, que a sensação aparece dissociada do afeto, quando o sujeito 1 primeiramente não relaciona a lembrança da morte de uma pessoa querida, da família, com o frio sentido nos pés. A dissociação, às vezes, se encontra entre sensação e significado como no exemplo do sujeito 3, que estava vivendo uma situação difícil e, inicialmente, não relacionou essas dificuldades com o próprio corpo. Então, no intervalo entre uma sessão e outra de Rolfing®, ele procurou um profissional que trabalhava com massagem e este "explicou" ao sujeito que todo

aquele mal-estar estava relacionado com o fato de o sujeito ter passado "cinco estágios e agora ter de retornar". O próprio sujeito, ao repetir estas palavras, não sabia o seu significado, ou de que maneira isso poderia acontecer. Mais tarde, esse sujeito relacionou o ocorrido com algumas questões pessoais e deu um significado próprio à sua experiência.

Estes elementos propostos por Levine(1997) não se encontram em compartimentos estanques, mas aprendemos a identificá-los de maneira que possamos ler o que os clientes apresentam, e desta forma reconhecer os resultados de uma mudança.

O exemplo do sujeito 5, que, no intervalo entre as sessões 5 e 6, percebe, em sua casa, enquanto está lendo um livro, a presença do próprio pé e sente como a perna estava tensa, demonstra o reconhecimento da presença e da tensão, ambos relacionados à sensação. Já o sujeito 6 se disponibilizou a fazer, em casa, um alongamento específico aprendido durante a nona sessão de Rolfing®, no momento em que percebeu um incômodo na região lombar. Tal atitude sugere o reconhecimento de uma sensação e um comportamento coerente diante dela. Portanto, o sujeito 5 reconhece um elemento (sensação) proposto por Levine(1997), e o sujeito 6 relaciona a sensação e o comportamento, dois elementos apontados pelo autor.

Se por um lado, a dissociação se apresenta em pessoas que freqüentam os consultórios dos psicólogos, assim como em sobreviventes de tragédias que se tratam com psiquiatras, por outro, o mesmo sintoma ficou evidente nos que se submeteram ao processo de Integração Estrutural desta pesquisa.

Perguntamo-nos então como tal fato pôde ser tão rotineiro. Primeiro, podemos considerar que a dissociação é mais uma ausência do que qualquer outra característica. Ausência de sensação, ausência de relação entre sentimento e



sensação, entre comportamento e significado, etc., fato este muito comum em nossa vida diária. Segundo, a maioria de nós, além de ter sofrido pequenos acidentes, intervenções cirúrgicas, também passou por dificuldades durante o processo de desenvolvimento: o aleitamento, a aprendizagem da coordenação motora para a posição sentada e em pé, a alimentação, higiene diária, transformações próprias do período da adolescência e todos os outros fatores importantes que proporcionariam maturidade ao sujeito em sua vida adulta.

Dentre as categorias de trauma propostas por Levine(1997), existe uma denominada "emocional". Tal categoria agrupa alguns eventos e considera as circunstâncias nas quais aconteceram, tais como: negligência dos pais, abandono, perda de entes queridos, ou mesmo abuso de qualquer natureza por membros da família, além da falta de suporte adequado às necessidades do indivíduo durante as diversas fases de seu desenvolvimento.

Além de Levine, outros autores também têm pesquisado os efeitos de determinadas experiências vividas na infância sobre o sistema nervoso. Allan Schore, por exemplo, é um deles. Este autor se vale das teorias de Freud, Darwin, Porges e muitos outros, para pesquisar a interação entre mãe e bebê na vida diária. Ele considera a comunicação por meio dos sentidos, principalmente o olhar, relacionando-o à linguagem dos gestos infantis. Schore(1994) relaciona o desenvolvimento emocional da criança, sua socialização e conseqüente maturação cortical.

Levine(1997) salienta que, pelo trabalho de rastreamento das sensações corporais, podemos ter acesso a atitudes do sujeito que, quando integradas, se transformam. A partir de experiência prática, o autor exemplifica alguns comportamentos que se modificam quando o organismo muda seu padrão habitual de referência, como: uma confusão pode se transformar em clareza, uma rigidez e

resignação podem virar espontaneidade. Um comportamento extremo relacionado ao afeto pode ser descoberto como um equilíbrio entre o poder da pessoa e sua vulnerabilidade. Estes exemplos, o autor pontua e os trata durante o trabalho de Experiência Somática®, que se caracteriza por uma abordagem fenomenológica do corpo.

O Rolfing®, por sua vez, utiliza-se de uma ordem nos procedimentos para guiar uma manipulação especializada do tecido conjuntivo frouxo do corpo. A técnica denominada Liberação Miofascial, utilizada neste método, é também usada em outros trabalhos corporais. O que a diferencia dos outros, é a ordem em que é realizada, a qual sugere, entre outros aspectos, a concepção de que "a individualidade começa no *self* físico".(FEITIS,1986,p.212). Esta autora salienta o fato de a individualidade física ser moldada pelas forças da vida, tais como: o modo como nascemos, quando aprendemos a nos mexer, nossos objetivos, experiências e acidentes, entre outros. Feitis(1986) refere que tais fatores deixam marcas em nossas memórias. A autora salienta que "tanto a memória física quanto a mental testemunham momentos de espanto ou assombro, acidentes e coisas inacabadas em nossas vidas" (p.212).

Rolf(1990) chama nossa atenção quando denomina o sistema fascial de "órgão da estrutura", salientando que tanto sua propriedade plástica quanto a elástica tornam possíveis as mudanças físicas. A autora enfatiza que tal sistema tem a capacidade de manter uma forma e ainda assim ser maleável. Lembramos que, para Rolf, estrutura é sinônimo de comportamento.

Em nossa pesquisa, o exemplo do sujeito 7 ilustra uma situação na qual ele sabe nomear os sentimentos, tem consciência da problemática que vive, mas não percebe os limites do próprio corpo, ficando assim sobrecarregado ao lidar com as próprias emoções, o que se refletia no ato de chorar muito nas quatro sessões iniciais. A partir

da quinta sessão, este sujeito começa a voltar a atenção para as suas sensações e daí se inicia um processo mais organizado, onde as emoções são referidas a um lugar no corpo e o sujeito encontra o limite dos próprios contornos para ter sua experiência. Existem pessoas, diferentes desta, que experimentam os limites através de diversas restrições, de dores e de outra maneira, não tendo acesso às emoções. O exemplo do sujeito 10 mostra como a manipulação em Rolfing® pode dar condições para a pessoa se libertar de padrões restritos de movimento pertinentes ao seu passado, contudo não mais necessários no momento presente.

A sensação de maior liberdade nos movimentos do quadril, bem como a lembrança do sujeito sobre a observação do pai a respeito daqueles movimentos, permitiu ao sujeito 2 ressignificar uma situação e, desta maneira, modificá-la realmente. Schilder(1999) sustenta a idéia de que questões relativas à Imagem Corporal se referem também à mudança na atitude psíquica do indivíduo. Como exemplo, o autor narra o caso de um paciente que não ficou satisfeito com sua aparência, mesmo depois de uma cirurgia plástica. Essa consideração do autor nos leva a pensar que uma mudança somente na posição das diversas partes do corpo, sem uma apreensão de seu significado ou sem identificação da sensação a que ela se refere, possa também ser inútil.

Gallagher e Cole(1998) referem a Imagem Corporal como um complexo conjunto de estados intencionais, tais como: representações mentais, crenças e atitudes nas quais o objeto intencional de tais estados é o próprio corpo da pessoa. Os autores afirmam também que a Imagem Corporal envolve uma intencionalidade reflexiva e exemplificam três modalidades desta intencionalidade, sendo elas:

- a experiência perceptiva do próprio corpo do sujeito;
- um entendimento conceitual do corpo do sujeito de maneira geral (mítico ou conhecimento científico);
- atitude emocional do sujeito em relação ao próprio corpo.

Tais autores enfatizam que tanto o entendimento conceitual do corpo quanto a atitude emocional nem sempre envolvem a consciência, porém são aspectos mantidos por um conjunto de crenças ou atitudes, formando, nesse sentido, parte de um sistema intencional. Para esses autores, o "esquema corporal envolve um sistema de capacidades motoras, habilidades e hábitos que tornam possível o movimento e a manutenção da postura".(p.132). Eles acrescentam que o esquema do corpo não é a propriocepção, a crença ou uma atitude, e que, embora o sistema do esquema corporal possa ter efeitos específicos na experiência cognitiva, ele não tem o *status* de representação consciente ou crença, fato este que caracteriza a intencionalidade reflexiva da Imagem Corporal. Gallagher e Cole(1998) utilizam-se também de um estudo de caso para diferenciar a função da imagem do corpo, da função do esquema corporal. Com isso, eles não separam totalmente um conceito do outro, mas discutem a inter-relação entre eles.

Tais estudos chamaram nossa atenção para exemplificar o caso do sujeito 4, que inicialmente não conseguia identificar onde era exatamente o incômodo que sentia.. Essa atitude se transformou na identificação de uma estranheza consigo mesmo e na dificuldade para dormir. Depois, o sujeito relaciona a sobrecarga emocional e as dores no corpo, para então concluir que, ao identificar um desconforto, o relaciona primeiramente a uma doença grave.

Notamos, nesse exemplo, que a crença dele a respeito do próprio corpo o leva a supor que todo desconforto se refere a uma doença grave. Tal atitude demonstra como podemos ter sensações e interpretá-las de acordo com conceitos que podem não corresponder à realidade. Tais conceitos, construídos ao longo da vida do sujeito, limitam muitas vezes a atitude da pessoa e não proporcionam direção coerente para que o sujeito se oriente a partir delas.

A crença do sujeito 9 orienta as sensações e imagens de sua perna esquerda e braço direito, no sentido de atribuí-las a outra pessoa, em outra vida. Questionado pela pesquisadora, no final da sessão, sobre a possibilidade de poder considerar uma história nesta vida também, que pudesse estar registrada no próprio corpo, o sujeito passou a considerar o fato de querer esconder a própria altura na adolescência, assim como o de ter sido extremamente tímido. Tais conceitos parecem ter restringido suas experiências corporais, limitando possivelmente o desenvolvimento de sua imagem do corpo.

Como salienta Feitis(1986), "o Rolfing® é um processo de mudança".(p.214). Para tanto, além do rearranjo físico, pensamentos e emoções também são integrados. Sobre a mudança, a autora comenta que a dor, durante a manipulação, pode sugerir uma reflexão no sentido de considerarmos que o tecido fascial, para ser reorganizado, precisa contar com a habilidade do rolfista, assim como ter a permissão de quem está sendo "rolfado". Se a permissão existir, o sujeito poderá ter sensações de calor ou aquecimento. No entanto, podemos encontrar pessoas que, apesar da insatisfação com os próprios desconfortos, inconscientemente se perguntam: "Será seguro abandonar este padrão que me apoiou durante toda minha vida?".(FEITIS,1986,p.214).

Os princípios que regem as intervenções em Rolfing® postulam que, para toda mudança, é necessário suporte adequado. Percebemos, em alguns exemplos dados pelos

sujeitos desta pesquisa, que as circunstâncias mediante as quais são elaboradas as sessões, precisam ser ajustadas para clientes como o sujeito 3, que se sentia sobrecarregado com o fato de ficar com a roupa de baixo durante a sessão, ou mesmo, para o sujeito 8, que precisou de um tempo para sentir a própria pele por meio do próprio toque, durante a nona sessão.

Ao perceber a imagem de si mesmo, de fora, como se assistisse a uma cena, o sujeito 3 mostra que não precisa de nenhuma intervenção nova, com manipulação, pois esta tem o objetivo de encaminhar o processo do sujeito. Quando este já está em andamento, o rolfista se utiliza das ferramentas que tem para dar suporte, a fim de que a mudança ocorra de maneira segura e integrada.

O Rolfing®, portanto, não se restringe a dez sessões. Isto apenas inicia um processo. Intervenções posteriores às iniciais dão mais informações para que o corpo das pessoas continue "preferindo a verticalidade e o conforto que são reflexos do equilíbrio entre a energia do sujeito e da força da gravidade". (FEITIS,1986,p.215).

Como pudemos constatar, a maneira pela qual o Rolfing® concebe o corpo se apresenta também como uma opção útil no dia-a-dia de trabalhos corporais. Este método aponta estratégias que facilitam o reconhecimento das características de cada indivíduo, seu corpo, suas sensações e movimentos.

O profissional de tal abordagem, entretanto, em virtude da diversidade das relações que se dão durante o trabalho, precisa estar em constante formação, assim como qualquer outro profissional que trate diretamente com o ser humano como por exemplo, o professor de Educação Física.

A busca do aprimoramento técnico pode ser feita, quando nos permitimos experimentar as diversas abordagens corporais. Nem todas irão servir para nos tornar especialistas. Algumas servirão para o crescimento pessoal. O próprio corpo do

professor de Educação Física poderá ser o laboratório onde as vivências das diversas abordagens acontecerão, e então, por meio de sua sabedoria, guiado também por suas sensações corporais, ele poderá se orientar e escolher aquela com que mais se identifica.

O profissional da Educação Física pode tanto se submeter quanto apenas conhecer métodos como o Rolfing® e a Experiência Somática®, apresentados nesta pesquisa. Também poderão ser úteis informações sobre a Técnica de Alexander, a Eutonia, a Função Tônica, a Manipulação Visceral, a Terapia Craniossacral, Feldenkrais, Pilates, entre outros. Todos eles têm, no mínimo, histórias curiosas sobre sua criação e as de seus idealizadores.

Analisando todo o caminho que nos trouxe à conclusão desta pesquisa, consideramos especialmente os dados obtidos em nossa experiência prática, visualizando cada caso e sua singularidade e, ao mesmo tempo, buscando compreender melhor a realização entre o tipo de intervenção e o processo de desenvolvimento da Imagem Corporal.

## 7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sistematização dos resultados permitiu-nos melhor visualização deles, tornando mais claros os elementos dos processos dos sujeitos. Sem as anotações e coletas de dados recolhidos dos instrumentos de avaliação, não seria possível a organização das respostas dos sujeitos, de maneira que fizessem tanto sentido. No dia-a-dia do consultório, percebemos um elemento ou outro dos processos mas sem uma visão geral.

O foco na organização da estrutura física nos dá subsídio para a leitura diária das mudanças do cliente, porém, a diversidade dos processos é tanta que um ou outro caso acabavam ficando sem sentido. Da maneira como foram feitas as avaliações e a discussão deles, ficou claro que um processo de auto-conhecimento relacionado à estrutura física é apenas iniciado em dez sessões de Rolfing®. Mostrou também quanto as informações que o Rolfing® traz podem se somar às das pessoas e, dessa forma, possibilitar mudanças maiores. Ficou claro também que muitos processos ficam em aberto, existindo dificuldades para o seu fechamento.

A flexibilização da técnica do Rolfing® também se mostrou necessária, quando colocamos o indivíduo e suas necessidades como o elemento direcionador do processo, conduta esta coerente com os princípios do Rolfing®. O conhecimento do profissional deste método, tanto em relação à sua área do conhecimento de origem quanto a seus constantes aperfeiçoamentos, permite a compreensão de aspectos da pessoa que fazem parte de sua complexidade, porém não se esgotam na aplicação de uma técnica exclusivamente.

Os estudos da Imagem Corporal e sua avaliação, durante o processo do Rolfing®, nos deram muitas informações no sentido de esclarecer que uma abordagem corporal que não considera o dinamismo da imagem do corpo, perde as informações dadas pelos



movimentos, no sentido de não conseguir perceber que qualquer movimento, qualquer atividade que o indivíduo faça pode modificar sua imagem; A forma como isso acontece, porém, é particular em cada indivíduo, e talvez nem toda abordagem corporal contribua para o desenvolvimento da Imagem Corporal.

A necessidade de assumirmos, na prática, o envolvimento da imagem do corpo em toda atividade física da qual o sujeito participa, nos põe diante da complexidade do ser humano e das incoerências realizadas em algumas atividades de massa, em que a ênfase na repetição de algumas aulas e o excesso de estímulos não deixam o aluno estar em contato consigo mesmo durante as atividades das quais participa.

A valorização humana também subsidiada por estudos da Imagem Corporal, pode resultar, por parte da sociedade, na valorização do professor de Educação Física, que muitas vezes, sem ser realmente compreendido, é visto como uma figura descartável.

Os estudos da imagem do corpo subsidiam a ênfase no processo e redimensionam a questão do valor de cada ação profissional do professor de Educação Física. O Rolfing®, por sua vez, organiza uma série de intervenções, mantendo-se coerente com a visão sistêmica da pessoa. Os profissionais de Educação Física podem se valer de ambos os estudos para enriquecer suas abordagens.

## 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BÉZIER, M.M. **O Bebê e a Coordenação Motora**. São Paulo: Summus,1994.

CAPRA, F. **A Teia da Vida**. São Paulo: Cultrix,1996.

DAMÁSIO, A. **O Erro de Descartes**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

\_\_\_\_\_. **O Mistério da Consciência**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

DARWIN, C. **A Expressão das Emoções no Homem e nos Animais**. São Paulo: Companhia das Letras,2000.

DOLTO, F. **A Imagem Inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva,2002.

FEITIS, R. **Ida Rolf fala sobre Rolfing e realidade física**. São Paulo: Summus,1986.

FULLER, B. R. **Geodésicas e cia**. São Paulo: Projeto, editores associados Ltda,1982.

GALLAGHER, S.; COLE, J. **Body Flesh: A Philosophical Reader**. Malden: Blacknell Publishers Ltda.,1998.

KANDEL,E; SCHWARTZ,J.; JESSELL,T. **Fundamentos da neurociência e do comportamento**. Rio de Janeiro: Prentice-hall do Brasil, 1997.

KOLK, A. **Traumatic Stress**. Nova Iorque: The Guilford Press,1996.

LAPIERRE, A. ; AUCOUTURIER, B. **Fantasmas Corporais e Prática Psicomotora**. São Paulo: Manole,1984.

LE BOULCH,J. **Psicomotricidade**. Uberlândia: SEED/MEC,1983.

LEVINE, P. **Somatic Experience® - Training Manual**. Lyon: Printed by Foudation for Human Enrichment, 1997.

\_\_\_\_\_ **O despertar do tigre: curando o trauma**. São Paulo: Summus, 1999.

LÉVY, J. **O despertar do bebê: Práticas de Educação Psicomotora**. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

LOVO, T.A. **Adaptação e Aplicação de Questionários de Imagem Corporal em Portadores de Hemiplegia**. 2001. Monografia (Especialização em Atividade Motora Adaptada) - Universidade Estadual de Campinas.

MAITLAND, J. e SULTAN, J. **Definition and principles of Rolfing®**, in Rollines, Spring, Boulder: RolfInstitute press, 1992, 16-20 p.

PENNA, L. **Corpo sofrido e mal amado**. São Paulo: Summus, 1990.

PORGES, S. **Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory**. Artigo da sociedade de pesquisa em psicofisiologia da Universidade de Maryland: Cambridge University Press, 1995.

PRADO, P. **Contribuições do pensamento e obra de Ida P. Rolf para o trabalho com postura em Psicologia**. 1982. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

ROLF, I. P. **Rolfing - A Integração das Estruturas Humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

SCAER, R. **The Body Bears The Burden: Trauma, Dissociation, and Disease**. Binghamton: The Haworth Medical Press, 2001.

SCHILDER, P. **A Imagem do Corpo**: as energias construtivas da psiquê. São Paulo: Martins Fontes,1999.

SCHORE, A N. **Affect regulation and origin of the self**: The neurobiology of emotional development. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1994.

SCHULTZ,L. e FEITIS,R. **The Endless Web**. Berkeley: North Atlantic Books,1996.

TURTELLI,L., **Relações entre imagem corporal e qualidade de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. 2003. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Estadual de Campinas.

## Anexo 1

### ENTREVISTA

Data da entrevista \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Cliente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Ocupação atual: \_\_\_\_\_

Que motivo(s) te trazem até aqui?

---

---

---

Você nasceu de parto normal? \_\_\_\_\_

Houve algum fato durante a sua gestação/ nascimento/ primeiros momentos de vida/ infância que você considera significativa?

---

---

---

Você já precisou ser internado(a) por qualquer motivo? Cirurgia, doença, enema ou outro exame? Por quanto tempo? Você foi acompanhada(o)?

---

---

---

Você se recorda de algum acidente/ tombo que tenha acontecido no decorrer de sua vida?

---

---

Intestino como é o funcionamento, dor de cabeça tem freqüente... e como é a digestão...

---

---

Histórico: gosta de atividade física ou não..

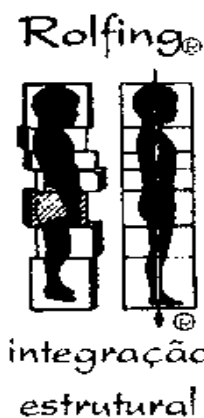
---

---

Sobre medicamento toma algum.

---

---



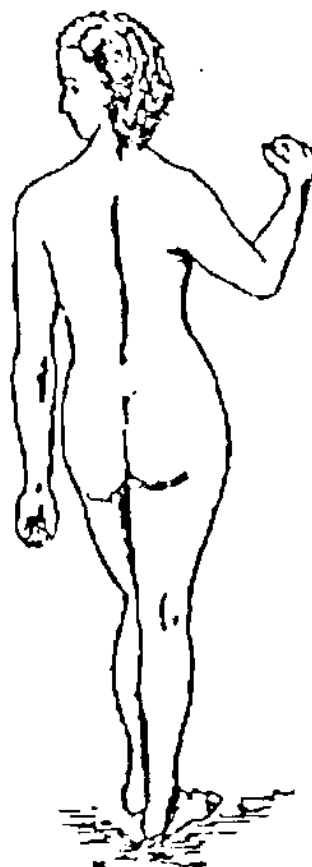
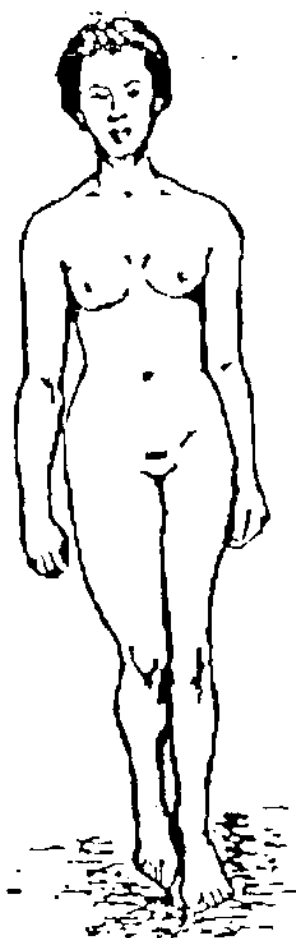
## Anexo 2

### GRÁFICO DE APRECIAÇÃO DO PRÓPRIO CORPO (Penna,1990)

Determinadas áreas do corpo podem ser menos apreciadas do que outras, por diversas razões.

No desenho abaixo, mostre com um sombreamento aquelas partes do seu corpo das quais você não gosta ou gosta menos do que as outras.

Depois, escreva o nome das áreas sombreadas e diga qual a sua crítica sobre elas.



Desta parte do corpo (cite)

1-----

2-----

3-----

Não gosto porque:

1-----

2-----

3-----

### Anexo 3

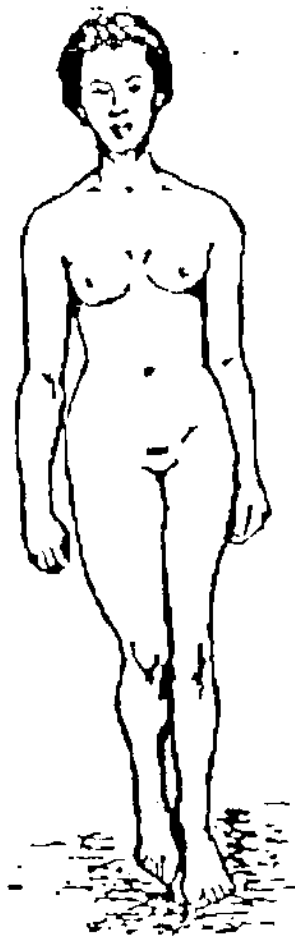
#### GRÁFICO DE SINTOMAS (Penna,1990)

Freqüentemente as pessoas se queixam de dores que reaparecem, de vez em quando, nas mesmas regiões do corpo.

Mostre nesta figura, onde você tem dor ou outra sensação desagradável habitualmente, caso as tenha.

Faça isto sombreando a área correspondente no desenho com um lápis ou uma caneta.

Depois, escreva o nome das áreas que você sombreou e diga o que costuma sentir em cada uma delas



Nesta parte (ou órgão)

1-----

2-----

costuma sentir

1-----

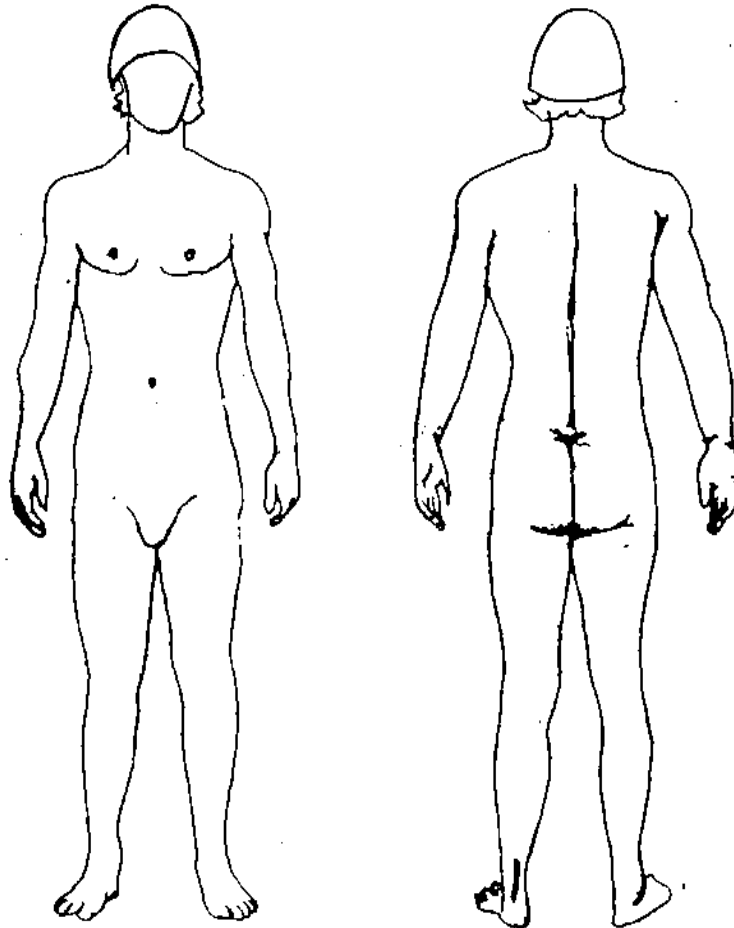
2-----

Anexo 2

GRÁFICO DE APRECIÇÃO DO PRÓPRIO CORPO (Penna,1990)

Adaptado para a figura masculina

Determinadas áreas ou partes podem ser menos apreciadas do que outras, por diversas razões. Escreva o nome dessas partes e diga sua crítica sobre elas.



Desta parte do corpo

Não gosto porque

1-----

1-----

2-----

2-----

3-----

3-----

4-----

4-----

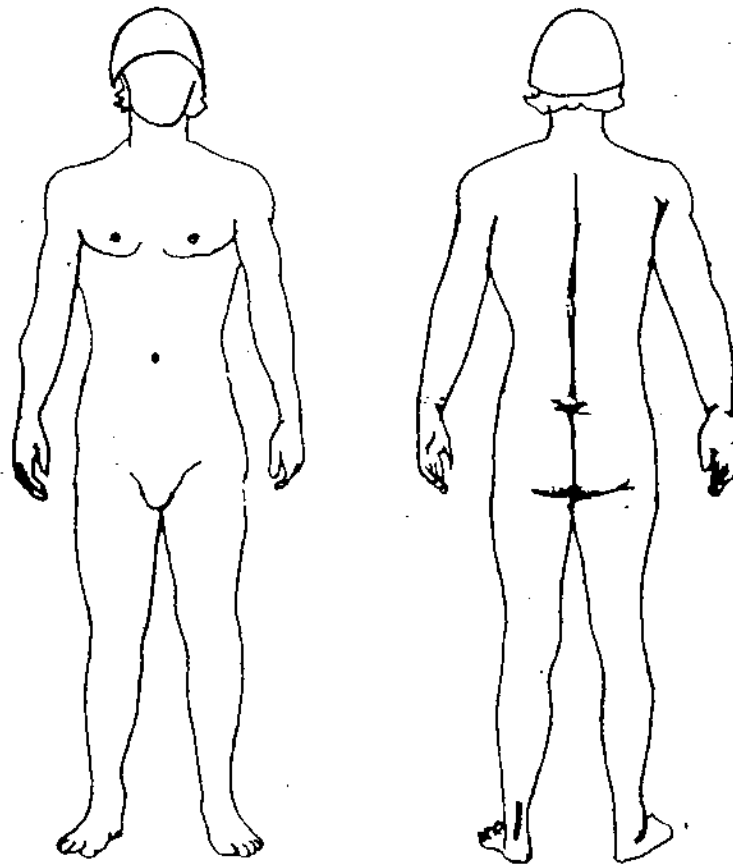


### Anexo 3

#### GRÁFICO DE SINTOMAS (Penna,1990) Adaptado para a figura masculina

Freqüentemente as pessoas se queixam de dores que reaparecem, de vez em quando, nas mesmas regiões do corpo.

Mostre nesta figura, onde você tem dor ou outra sensação desagradável habitualmente, caso as tenha.



Nesta parte ou órgão

- 1-----
- 2-----
- 3-----
- 4-----

Costuma sentir

- 1-----
- 2-----
- 3-----
- 4-----

## Anexo 4

### Questionário

“A minha imagem corporal” (Rodrigues, 1999/adaptado por Lovo, 2001)

Idade:

Sexo:

Identificação:

Este questionário visa saber qual é sua opinião sobre a sua imagem Corporal.

Deve responder tomando em atenção como vê e sente o seu corpo presentemente.

Faça um X em cima da opção que melhor corresponde ao que sente e vê seu corpo.

- 0 = Nunca
- 1 = Raramente
- 2 = Às vezes
- 3 = Frequentemente
- 4 = Geralmente
- 5 = Sempre

#### 1. Condição Física

1.2 Sinto que tenho força física	0	1	2	3	4	5
1.3 Sou capaz de me deslocar rapidamente	0	1	2	3	4	5
1.4 Sou resistente à fadiga física	0	1	2	3	4	5
1.5 O meu corpo é flexível	0	1	2	3	4	5

#### 2. Habilidade Corporal

2.1 Tenho habilidade para dançar	0	1	2	3	4	5
2.2 Tenho habilidade para jogos	0	1	2	3	4	5
2.3 Tenho habilidade manual	0	1	2	3	4	5
2.4 Aprendo facilmente diferentes gestos	0	1	2	3	4	5

0 = Nunca  
 1 = Raramente  
 2 = Às vezes  
 3 = Frequentemente  
 4 = Geralmente  
 5 = Sempre

### 3. Saúde

3.1.a Sinto-me bem disposto	0	1	2	3	4	5
3.1.b Sinto-me com vigor	0	1	2	3	4	5
3.2.a Sinto-me assustado pela doença	0	1	2	3	4	5
3.2.b Sinto-me assustado com possibilidade de adoecer.	0	1	2	3	4	5
3.2.c Sinto-me assustado com a possibilidade de ter uma incapacidade	0	1	2	3	4	5
3.3.a Sou resistente à doença	0	1	2	3	4	5
3.3.b Não me sinto assustado com a possibilidade de adoecer	0	1	2	3	4	5
3.4.a Tenho uma boa saúde	0	1	2	3	4	5
3.4.b Tenho confiança em meu corpo	0	1	2	3	4	5

### 4. Aparência

4.1 Gosto da maneira como me visto	0	1	2	3	4	5
4.2 Cuido da minha aparência cotidiana	0	1	2	3	4	5
4.3 Sinto-me atrativo para pessoas do outro sexo	0	1	2	3	4	5
4.4 Sinto-me bem com o meu corpo	0	1	2	3	4	5

5. O que gosto mais e menos no meu corpo

Assinale com sinal ( + ) as partes do seu corpo que mais gosta e com sinal ( - ) as Partes que menos gosta. Não há necessidade de assinalar todas.

Cabelo  
Olhos  
Nariz  
Orelha  
Boca  
Lábios  
Dentes  
Rosto  
Braços  
Mãos  
Unhas  
Peito  
Seios  
Abdômen  
Nádegas  
Costas  
Quadril  
Coxas  
Joelhos  
Pernas  
Pés  
A minha altura  
O meu volume corporal

6. Três coisas que eu modificaria para me sentir melhor com a minha aparência corporal.